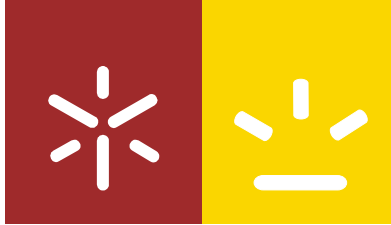




Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Ana Marisa Marques Machado

As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção



Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Ana Marisa Marques Machado

**As intervenções associadas ao cuidado
confortador, implementadas pelos enfermeiros
especialistas em enfermagem de reabilitação,
em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades
de Longa Duração e Manutenção**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Enfermagem

Trabalho efetuado sob a orientação do
Professor Doutor Fernando Alberto Soares Petronilho
e da
Professora Doutora Maria Manuela Pereira Machado

DECLARAÇÃO

Nome: Ana Marisa Marques Machado

Endereço eletrónico: amarisammachado@gmail.com

Título da Dissertação: As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção

Orientadores:

Professor Doutor Fernando Alberto Soares Petronilho, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.

Professora Doutora Maria Manuela Pereira Machado, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.

Ano de conclusão: 2018

Mestrado em Enfermagem

É autorizada a reprodução desta dissertação apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Universidade do Minho, 6 de março de 2018.

Assinatura:



Ana Marisa Marques Machado

***“O sofrimento humano só é intolerável,
quando ninguém cuida”***

Dame Cicely Saunders

As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção

Agradecimentos

Dedico este trabalho de investigação, bem como todo o tempo investido na minha formação académica:

- Aos meus Pais, Irmão e Avós pela dedicação, compreensão e pelo esforço: foram a essência do sucesso nesta etapa, e são a essência de toda a minha vida.

- À restante família que nunca duvidou do meu sucesso e encorajou na concretização do meu percurso académico.

- Ao Professor Doutor Fernando Petronilho, orientador do presente estudo, pela sua disponibilidade e pela sua entrega na realização deste trabalho de investigação.

- À Professora Doutora Manuela Machado, coorientadora do presente estudo, pelo seu interesse e motivação neste nosso projeto.

Às instituições e seus Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação pela permissão e pelo contributo no desenvolvimento deste estudo.

- Aos meus chefes e colegas de trabalho que proporcionaram as trocas e ausências do serviço para a concretização deste sonho.

- Finalizando, mas não menos importantes, agradeço aos meus amigos que me apoiaram sempre que necessitei de apoio, que me incentivaram quando precisei de incentivo e que, acima de tudo, fizeram parte dos melhores momentos de uma vida, A Minha!

A todos, o meu mais sincero agradecimento!

OBRIGADA!!!

As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção

RESUMO

Introdução: Numa sociedade envelhecida caracterizada pelo aumento de doenças crónicas incapacitantes e co-morbilidades o conceito de conforto e mais concretamente o cuidado confortador assumem especial relevância. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), enquanto cuidador especializado de uma área do conhecimento em saúde, na sua ação profissional, toma decisões de grande complexidade procurando dar respostas às necessidades das pessoas que requerem intervenções de natureza técnica/instrumental diferenciadas, mas, também, necessidades centradas na valorização dos aspetos emocionais, psicológicos e espirituais da pessoa e da família, tendo em conta os seus valores, vontade, desejos de natureza individual e a manutenção da sua máxima funcionalidade e autonomia.

Objetivos: descrever o significado atribuído pelos EEER ao cuidado confortador; identificar as intervenções associadas ao cuidado confortador implementadas pelos EEER; e comparar as intervenções implementadas pelos EEER em contexto de Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) e Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM).

Metodologia: abordagem qualitativa com recurso a entrevistas semiestruturadas com a participação de 12 EEER. A análise de conteúdo efetuou-se utilizando a metodologia de Bardin. Foram atendidos os princípios éticos para a realização de estudos científicos.

Resultados: apuradas duas categorias: *Significado do cuidado confortador e Intervenções associadas ao cuidado confortador implementadas pelo EEER*. Os EEER têm presente o conceito de cuidado confortador na tomada de decisão sobre os cuidados a implementar e executam as intervenções de enfermagem orientados pelo quadro de referência da profissão. As intervenções prioritárias são: o alívio, o conforto físico e psicoespiritual, a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar e a melhoria do conforto. Quando se compara as intervenções implementadas pelos EEER nos dois contextos, fica a perceção que o “rótulo” colocado às UCP, associado à proximidade da morte e ao doente oncológico, influencia o significado atribuído ao cuidar pelos EEER e a sua intencionalidade na assistência.

Conclusão: admite-se que os EEER, pelas competências que detêm, prestam cuidados diferenciados tendo como intencionalidade a promoção do conforto, cuidando da pessoa com humanidade e dignidade. Priorizam as suas intervenções de acordo com a vontade e o desejo da pessoa e da família. Há diferenças entre os EEER nas UCP e ULDM quanto ao significado atribuído ao cuidado confortador e às intervenções implementadas.

Palavras-Chave: Cuidado Confortador; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Unidade de Cuidados Paliativos; Unidade de Longa Duração e Manutenção.

As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção

Abstract

Introduction: In an aging society characterized by the increase of disabling chronic diseases and comorbidities, the concept of comfort and, more concretely, comforting care assume special relevance. The nurse specialist in rehabilitation nursing, a specialized caregiver of a health knowledge area, in her professional action, makes decisions of great complexity in order to respond to the needs of those who require differentiated technical / instrumental interventions. , also, needs centered in the valuation of the emotional, psychological and spiritual aspects of the person and the family, taking into account their values, will, desires of individual nature and the maintenance of its maximum functionality and autonomy.

Objectives: to describe the meaning attributed by nurse specialist in rehabilitation nursing to comforting care; to identify the interventions associated with the comfort care implemented by nurse specialist in rehabilitation nursing; and to compare the interventions implemented by the nurse specialist in rehabilitation nursing in the context of Palliative Care Units and Long-Term Care Units.

Methodology: qualitative approach using semi-structured interviews with the participation of 12 nurse specialist in rehabilitation nursing. Content analysis was performed using the Bardin methodology. The ethical principles for scientific studies were met.

Results: two categories were identified: Meaning of comfort care and Interventions associated with comfort care implemented by nurse specialist in rehabilitation nursing. They are aware of the concept of comforting care in decision-making on the care to be implemented and perform the nursing interventions guided by the professional framework. Priority interventions are: relief, physical and psycho-spiritual comfort, improved quality of life and well-being, and improved comfort. When comparing the interventions implemented by EERs in the two contexts, it is perceived that the "label" placed on the Palliative Care Units, associated with the proximity of death and the oncological patient, influences the meaning attributed to nurse specialist in rehabilitation nursing care and its intentionality in care.

Conclusion: it is accepted that the nurse specialist in rehabilitation nursing, by the competences they possess, provide differentiated care with intentionality as the promotion of comfort, taking care of the person with humanity and dignity. They prioritize their interventions according to the will and desire of the person and the family. There are differences between the nurse specialist in rehabilitation nursing in the Palliative Care Units and Long-Term Care Units as to the meaning attributed to the comforting care and the interventions implemented.

Keywords: Comforting Care; Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing; Palliative Care Unit; Long Term and Maintenance Unit.

As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção

Sumário

Capítulo I - Introdução.....	17
Capítulo II – Da evolução do conceito de Enfermagem às intervenções específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção de conforto da pessoa internada em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção	25
2.1 Das teorias de enfermagem ao conceito de cuidado confortador como intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação.....	25
2.2 O desenvolvimento das Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção e a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação....	33
Capítulo III – Enquadramento Metodológico	43
3.1 Abordagem e tipo de estudo	45
3.2. População e Amostra	46
3.3. Instrumento e procedimentos de colheita de dados	47
3.4. Análise e tratamento dos dados	48
3.5. Considerações éticas	49
Capítulo IV- Apresentação e Tratamento dos Dados	51
4.1 Cuidado Confortador.....	53
4.1.1 Dimensões do conforto	54
4.1.1.1 Alívio	55
4.1.1.2 Tranquilidade	55
4.1.1.3 Transcendência.....	55
4.1.2 Contextos em que o conforto é experimentado	56
4.1.2.1 Físico	56
4.1.2.2 Psicoespiritual	57
4.1.2.3 Sociocultural.....	57
4.1.2.4 Ambiental	58
4.1.3 Intervenções promotoras de conforto.....	58
4.1.3.1 Intervenções para melhorar a qualidade de vida e proporcionar bem-estar	58
4.1.3.2 Intervenções para minimizar o impacto da doença no doente e família	59
4.1.3.3 Intervenções que visam aumentar o conforto do doente	59
4.1.3.4 Intervenções que não visam a melhoria da condição de saúde.....	60
4.1.3.5 Intervenções que não provocam dor física, psicológica e espiritual	60

4.1.4 Requisitos/caraterísticas do cuidado confortador	61
4.1.4.1 Cuidado que vai de encontro ao que o doente pretende	61
4.1.4.2 Estabelecer relação empática	62
4.1.4.3 Comunicação	62
4.1.4.4 Motivação/transmissão de energia.....	62
4.1.4.5 Envolvimento da equipa multidisciplinar	63
4.1.4.6 Condição e resultado do cuidar	64
4.2 Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	64
4.2.1 Competências comuns dos enfermeiros especialistas	65
4.2.1.1 Responsabilidade profissional, ética e legal	66
4.2.1.2 Gestão dos cuidados.....	67
4.2.2 Competências específicas dos EEER	67
4.2.2.1 Cuidar pessoas com necessidades especiais	68
4.2.2.2 Capacitar a pessoa com limitação da atividade e/ou restrição da participação.....	68
4.2.2.3 Maximizar a funcionalidade.....	69
4.2.3 Critérios para as intervenções prioritárias	69
4.2.3.1 De acordo com os valores, crenças e desejos do doente.....	70
4.2.3.2 Condição de saúde: processo respiratório comprometido	70
4.2.3.3 Condição de saúde: processo neuromusculoesquelético comprometido.....	71
4.2.3.4 Condição de saúde: dor.....	72
4.2.3.5 Condição de saúde: sono/repouso comprometido.....	72
4.2.3.6 Condição de saúde: estímulo sensorial	73
4.2.3.7 Dependência para o autocuidado	73
4.3 Comparação entre UCP e ULDM quanto aos principais temas em estudo	73
4.3.1 Cuidado confortador	73
4.3.2 Nas intervenções do EEER	77
Capítulo V – Discussão dos Resultados	81
5.1 Significado de cuidado confortador.....	83
5.1.1 Dimensões do conforto	83
5.1.2 Contextos em que o conforto é experimentado	84
5.1.3 Intervenções promotoras de conforto.....	84

5.1.4 Requisitos/caraterísticas do cuidado confortador	85
5.2 Intervenções associadas ao “cuidado confortador” implementadas pelos EEER	87
5.2.1 Competências comuns dos enfermeiros especialistas	88
5.2.2 Competências específicas dos EEER	89
5.2.3 Critérios para as intervenções prioritárias	90
5.3 Comparação entre as tipologias de cuidados em estudo	92
Capítulo VI – Conclusões	95
Capítulo VII- Referências Bibliográficas	101
ANEXOS	109
Anexo I - Pedido de Autorização à Comissão de Ética da Universidade do Minho	111
Anexo II - Pedido de Autorização à Comissão de Ética das instituições	113
Anexo III - Autorização da Universidade do Minho	115
Anexo IV - Autorizações das Instituições.....	123
Anexo V - Consentimento Informado para os participantes	129
Anexo VI - Guião de Entrevista	131
Anexo VII - Análise das entrevistas	133

Índice de quadros

Quadro 1. Tema: Cuidado confortador	42
Quadro 2. Tema: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	65
Quadro 3. Unidades de contexto para cada unidade de registo de acordo com a unidade de cuidados, para a categoria Cuidado Confortador.....	74
Quadro 4. Unidades de contexto em cada unidade de registo da categoria Intervenções dos EEER	77

Siglas e Abreviaturas

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNCP- Plano Nacional de Cuidados Paliativos

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCP- Unidade de Cuidados Paliativos

ULDM- Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMCCI – Unidade Missão dos Cuidados Continuados Integrados

As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção

Capítulo I - Introdução

As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção

Capítulo I – Introdução

A Humanização dos cuidados de enfermagem encontra-se centrada no cuidar único e pessoal, no cuidar promotor de conforto e qualidade de vida. Neste sentido e para dar resposta à elaboração da dissertação de Mestrado em Enfermagem, optou-se por direccionar o estudo para o conceito de cuidado confortador e as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), visto serem áreas de interesse da enfermeira investigadora.

Assim, atendendo ao aumento da mortalidade e morbilidade por doenças crónicas e degenerativas mais prolongadas, os EEER devem adquirir uma visão promotora de conforto e de alívio de sintomas, perante a pessoa em fase terminal de vida. Devem adequar as intervenções à pessoa, família ou cuidador, de modo a dar-lhes oportunidade de viverem com dignidade e qualidade de vida.

Desta forma, admite-se importante a intervenção do EEER que, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2014), consiste na conjugação de um corpo de conhecimentos e procedimentos especializados que permitem auxiliar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas, maximizando o seu potencial funcional. Nos contextos das Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) e Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) a intervenção do EEER é conhecida como elemento restaurador da função nos doentes oncológicos, promotora de conforto e minimizadora das perceções de desespero do doente. (Scialla, et al, 2000)

Entendemos que existe escassa evidência científica quanto às intervenções de enfermagem específicas dos EEER centradas no cuidado confortador tendo como destinatários os doentes internados em UCP e ULDM. Assim, este estudo tem como finalidade explorar o cuidado confortador e respetivas intervenções que lhe estão associadas, na perspetiva dos EEER a exercer a sua atividade profissional nas unidades de internamento da RNCCI com maior prevalência de doentes muito vulneráveis, com quadros de dependência severos e, deste modo, a necessitar de cuidados de saúde de longa duração ou paliativos. Com os resultados obtidos, é nossa convicção dar um contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Pretende-se, deste modo, responder à questão da investigação - Quais as intervenções associadas ao cuidado confortador que os enfermeiros especialistas em reabilitação implementam em

peças internadas em Unidade de Cuidados Paliativos e Unidade de Longa Duração e Manutenção?

Definiu-se como objetivo geral, descrever as intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em reabilitação, nas pessoas internadas em UCP e ULDM. Optou-se por um tipo de estudo descritivo exploratório com uma abordagem qualitativa, com recurso a entrevistas a enfermeiros especialistas em reabilitação a exercer funções no contexto de UCP e ULDM.

Enquanto enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, pós-graduada em cuidados paliativos, depaamo-nos, diariamente, com pessoas que apresentam necessidades de cuidados comuns às duas áreas de conhecimento em enfermagem, isto é, com necessidade de cuidados de conforto e cuidados de reabilitação para manutenção da sua qualidade de vida. Atualmente no sistema nacional de saúde não é possível satisfazer, em simultâneo, todas as necessidades da pessoa, pelo défice de EEER a exercer funções em unidades de cuidados diferenciadas para cuidar de doentes em fase terminal. Entendemos útil realizar esta investigação com EEER a exercer em UCP e ULDM que, através das suas experiências vividas, poderão demonstrar a necessidade destes profissionais nestas unidades, em que a referenciação das pessoas com necessidade de cuidados de longa duração tende a ser pouco criteriosa, facto este explicado em grande parte pela carência de unidades e, consequentemente, de camas disponíveis, para acolher todos os doentes em fase paliativa.

Pelas competências específicas que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação possuem, acreditamos que, a prestação de cuidados diferenciados, por estes profissionais nos contextos estudados é uma mais-valia e que os EEER são elementos fulcrais na equipa interdisciplinar.

Esta dissertação encontra-se organizada em sete capítulos em que, o Capítulo I é a presente introdução à temática em estudo. O Capítulo II refere-se ao enquadramento teórico onde se caracteriza o cuidado confortador e a intervenção do EEER nas UCP e ULDM, com base na literatura disponível e à qual tivemos acesso. No Capítulo III descrevemos as opções metodológicas, onde se dá a conhecer o desenho do estudo, identifica a população e a amostra, bem como, os métodos de recolha, análise e tratamento de dados, tendo por base as considerações éticas. No Capítulo

IV procedemos à apresentação, análise e tratamento dos dados obtidos das entrevistas realizadas com os participantes. No Capítulo V procedemos à discussão dos resultados, ancorados nos autores de referência que identificámos. As conclusões deste estudo encontram-se sintetizadas no Capítulo VI. Por fim, no Capítulo VII apresentam-se as referências bibliográficas que serviram de pilar para a construção do presente estudo.

As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção

Capítulo II – Da evolução do conceito de Enfermagem às intervenções específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção de conforto da pessoa internada em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção

As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção

Capítulo II – Da evolução do conceito de Enfermagem às intervenções específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção de conforto da pessoa internada em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção

Desde a sua conceção que a enfermagem se denomina como a profissão que acompanha todos os processos de evolução do ciclo de vida da pessoa, ou seja, desde a conceção até à morte. O enfermeiro encontra-se presente para apoiar a pessoa ao longo do ciclo vital, sendo responsável pelo bem-estar, promoção de saúde, prevenção da doença e readaptação a novas condições de saúde. Neste contexto, a intervenção do EEER torna-se fulcral na necessidade de maximização das capacidades funcionais da pessoa. Mesmo quando já não se avistam processos curativos existe ainda a possibilidade de prestação de cuidados de conforto à pessoa.

2.1 Das teorias de enfermagem ao conceito de cuidado confortador como intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação

Pensar a enfermagem remete-nos para uma esfera de conhecimento reconhecida ao mais alto nível das ciências da saúde. Assim, a filosofia da enfermagem pode ser percebida pelo sistema de crenças da profissão e pelas perspetivas que emanam para a prática, para o ensino e para a investigação. Desde os escritos de Florence Nightingale em 1859, a pessoa, a saúde, o ambiente e o cuidado de enfermagem são as dimensões que devem orientar a ação profissional dos enfermeiros, contribuindo para que a pessoa alcance um nível elevado de harmonia entre alma, corpo e espírito, o que facilitará os processos de transição e trará a obtenção de conforto total (Kolcaba, 2003).

As teorias e os modelos conceituais desenvolvidos pelos enfermeiros ao longo dos tempos influenciam as práticas profissionais: identificam padrões para a prática de enfermagem; identificam os cenários em que a prática de enfermagem deve ocorrer e as características dos recetores dos cuidados de enfermagem; identificam os processos distintos de enfermagem a serem usados e as tecnologias a serem utilizadas, incluindo os parâmetros para a investigação, um planeamento, uma tipologia de intervenção e os critérios para avaliação dos resultados da intervenção; dirigem o fornecimento dos serviços de enfermagem; servem de fundamentação para os sistemas de informação clínica, incluindo a base de dados de admissão, as intervenções de

enfermagem, o plano de cuidados, as notas de evolução e de alta; orientam o desenvolvimento dos sistemas de classificação do doente e gerem os programas de garantia de qualidade (Pearson, A. & Vaughan, B., 1992).

A evolução da enfermagem está muito associada à capacidade dos enfermeiros de recorrerem ao pensamento crítico, à elaboração de planos de cuidados individualizados, à capacidade de gestão de conflitos e à evolução dos conhecimentos através da obtenção de graus académicos, sempre com perspectiva no bem-estar do doente. É por isso possível atribuir explicações fundamentadas para as suas ações e interpretar as melhorias dos cuidados prestados. Este desenvolvimento científico e tecnológico levou a alterações na forma de pensar e de cuidar, bem como, no modo como os enfermeiros se afirmam enquanto elementos da equipa de saúde num contexto interprofissional e na decorrente evolução dos seus conhecimentos científicos (Nelli & Kuramoto, 2010).

Amendoeira (2006) refere que o enfermeiro demonstra a sua identidade profissional, produz maior conhecimento científico levando ao aumento da responsabilidade nos cuidados e, consequentemente, a uma maior autonomia nas atividades do profissional de enfermagem, quando se afirma na equipa interprofissional. Esta integração de decisões em equipa visa a excelência do cuidar, surgindo a consciência de que os planos de cuidados são imprescindíveis e devem ser desenvolvidos de forma contínua, sistemática, atualizada e autónoma, permitindo fundamentar as decisões dos enfermeiros.

Com a evolução dos conhecimentos dos profissionais surge também a evolução dos conceitos. Neste sentido e contextualizando o tema proposto, surge a necessidade de definir conceitos como conforto, cuidado confortador, cuidados paliativos e a evolução da enfermagem na especialidade de reabilitação.

Assim, a noção de conforto nasceu em 1980 por Morse e em 1990 por Kolcaba, sendo estudada aprofundadamente por Kolcaba durante anos. As duas autoras, afirmavam já nessa altura que as intervenções de enfermagem são as ações de confortar e o conforto é o resultado que se pretende dessas ações.

Pode definir-se conforto como, muito mais do que a ausência de dor ou desconforto, é uma experiência subjetiva e individualizada onde os sujeitos experimentam vivências físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais. O conforto pode ser determinado em 3 vertentes: alívio, tranquilidade e transcendência. Neste sentido, pode-se afirmar que a intervenção do enfermeiro em cuidados paliativos conforta, se esta estiver a ser desenvolvida no contexto holístico dos cuidados, tendo como objetivo a melhoria dos cuidados de conforto (Kolcaba, 2003; Apóstolo, 2009).

A Teoria do Conforto de Kolcaba ajuda-nos a uma melhor compreensão sobre o problema em estudo nesta investigação, pois demonstra que os sintomas são aliviados através de intervenções de enfermagem, proporcionando assim aumento de conforto. O conforto tende a ser um resultado dos cuidados de enfermagem, tornando-os mais dignos e humanizados, tendo sempre por base princípios éticos adequados para a pessoa, proporcionando medidas que visem o alívio do sofrimento e a melhoria de qualidade de vida.

Analisando o conceito de conforto de Kolcaba (1994), atribui-se vários significados a conforto:

“o conforto é o alívio do desconforto; conforto é um estado de tranquilidade, satisfação, de ausência de dor, preocupação, tristeza, angústia e sofrimento; o conforto é percebido como gerador de uma vida fácil, agradável e prazerosa; conforto significa fortalecimento, vigor físico, encorajamento, estímulo, incentivo, ajuda, suporte renovação e poder; o conforto é satisfação e renovação” (p.1178).

Com a continuidade dos seus estudos a autora evoluiu no conceito de conforto, beneficiando a prática e o conhecimento científico. Nestes novos estudos refere (Kolcaba, 2009):

“conforto é a experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos (físico, psicoespiritual, social e ambiental), é muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos. O alívio é o estado, a experiência dum doente a quem foi satisfeita uma necessidade de conforto específica, a tranquilidade, é um estado de calma, sossego ou satisfação e a transcendência, é o estado no qual é possível superar problemas ou dor” (p.254).

Sendo o conceito de conforto subjetivo, vai ser definido e percebido por cada indivíduo de modo individual e singular, pois pode-se sentir conforto físico, psíquico, emocional, social e espiritual e nem todo causa o mesmo tipo de reação na pessoa. Assim sendo, também se atribui o significado de conforto à ausência de dor e o desconforto à presença de dor. Verifica-se que a aplicação do conceito de conforto na globalidade das situações da prática é um conceito complexo de definir, pois é experienciado e definido pelos profissionais de diferentes modos pela sua singularidade e individualidade (Kim & Kwon, 2007; Siefert, 2002; Oliveira 2006). Down (2004) define conforto como a satisfação das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência decorrentes de situações promotoras de stress nos cuidados de saúde.

Tendo por base a Teoria do Conforto de Kolcaba, podemos afirmar que as intervenções de enfermagem implementadas com o objetivo de promover conforto, são consideradas uma boa prática (dos cuidados de enfermagem) se esse conforto for valorizado pelo doente. Os enfermeiros devem planejar os seus cuidados e as suas intervenções consoante uma avaliação cuidada das necessidades da pessoa, sejam sociais, espirituais, físicas ou emocionais. Estes cuidados devem ser implementados e o conforto deve ser avaliado no início e no final da intervenção, para ser possível comparar e expor que estas intervenções de enfermagem são benéficas para a promoção de conforto.

O conforto tem sido um foco de atenção nos cuidados de enfermagem. Quando os enfermeiros mostram disponibilidade, escutam, tocam, são empáticos e demonstram compaixão, estão a praticar conforto (Kolcaba, 2003; Wagner, Byrne & Kolcaba, 2006; Oliveira, 2006; Magalhães, 2009).

Diariamente, na prática de enfermagem, utiliza-se o termo conforto intimamente ligado à ausência de dor ou desconforto físico. Quando se recorre a técnicas de relação de ajuda, estimulamos a coragem, consolamos, cuidamos do conforto da pessoa e, apesar destes desconfortos não se revelarem em dor física, tratando-os, as pessoas ficam confortáveis. Por exemplo, nas questões de morte e luto o enfermeiro é visto como uma ajuda, um profissional que está sempre presente e muitas vezes o elemento confiável da família na equipa multidisciplinar. Esta presença permite por vezes que o sentimento de sofrimento da pessoa seja diminuído só pela disponibilidade e presença do profissional.

Os cuidados de enfermagem resultam na satisfação das necessidades da pessoa, sendo que o conforto só se torna total quando se operacionaliza a avaliação das necessidades e quando a pessoa que vivencia a intervenção a define como conforto. Assim, a promoção de conforto e a avaliação da efetividade das intervenções são a essência da prática de enfermagem e promove a necessidade de maior investigação nesta área subjetiva da enfermagem (Kolcaba, 2009; Kim & Kwon, 2007).

Desta questão advém a necessidade de pesquisar e perceber o que é o “Cuidado confortador”, tão abordado pelos autores quando se fala em cuidar em enfermagem. Assim, afirma-se que as intervenções de enfermagem visam a construção e a concretização dos objetivos dos cuidados de enfermagem, incluindo e consultando o doente no plano de cuidados, reconhecendo-o individualmente com o direito de decidir aceitar o plano de intervenção e os seus objetivos, em conjunto com os profissionais (Pimenta, 2010).

O cuidado confortador ou “*Comfort Care*”, como é intitulado por Kolcaba na sua teoria (2003), torna-se indispensável na enfermagem, pois trata-se de:

“um processo quando o seu correspondente resultado, aumento do conforto, é alcançado ou mesmo quando as ações são dirigidas a confortar [mas] as variáveis de intervenção comprometem o objetivo desejado de conforto aumentado ou se o conforto não está a ser medido de modo a determinar se ele foi aumentado” (p. 25).

Confortar em enfermagem pode ser vivenciado pela demonstração da satisfação de uma necessidade, alívio de dor ou desconforto físico, sensação de tranquilidade, calma, paz e promoção de um ambiente adequado. Existe a necessidade de os profissionais de saúde estarem motivados e despertados para a realidade de que o conforto não é apenas físico e de que todos os seus cuidados são indispensáveis na promoção de bem-estar, qualidade de vida e conforto. Pelo que é necessário determinar que existe desconforto e quais os fatores que o desencadeiam, conhecer as necessidades e colmatá-las com a implementação de intervenções adotando estratégias para interpretar se o conforto pleno foi alcançado, através da avaliação das intervenções que foram executadas.

Todo o cuidado que transmita sentimento de conforto pode considerar-se confortador, pois quando as pessoas sentem apoio, alívio e incentivo emocional vão colaborar com maior eficácia no plano de cuidados, para continuarem a sentir-se confortáveis, vão superar as limitações e ganhar ânimo para ultrapassar os obstáculos, em prol da sua reabilitação e do seu conforto.

As situações de cuidados causadoras de ansiedade, stress e medo podem ser desencadeadoras de desconforto, pelo que se torna indispensável estarmos atentos às expressões não-verbais e aos sinais físicos que a pessoa transmite, aplicando intervenções de enfermagem concebidas para abordar necessidades de conforto, sejam fisiológicas, sociais, financeiras, psicológicas, espirituais, ambientais e físicas. Se existir conforto efetivo, após uma intervenção de enfermagem, o objetivo do enfermeiro prestador desse cuidado foi atingido, os doentes ficam satisfeitos e assumem que os cuidados de enfermagem são benéficos no seu conforto (Dowd, 2004).

Torna-se um fator de stress e desencadeador de desconforto, o ter conhecimento de que se está numa fase terminal da vida, logo, o cuidado em fim de vida tem de se reger por um envolvimento centrado na pessoa, mantendo o conforto através da relação de confiança nos cuidados, reorganização na qualidade de vida e aceitação do estado de saúde. Só assim o cuidado é efetivamente confortador em todas as suas dimensões (Sapeta, 2011).

Não só a empatia dos enfermeiros e os seus cuidados são importantes para a pessoa. A própria instituição e as condições de receção da pessoa provocam nesta, sensações de conforto, porque o aspeto visual da unidade de cuidados pode ser gerador de ansiedade ou, pelo contrário, quando a impressão é favorável, já se encontra um ponto de conforto mantido.

Assim sendo, os profissionais de saúde que se regem por princípios éticos e filosóficos, quando se deparam com pessoas em fim de vida, mais do que uma visão curativa, devem prestar os seus cuidados numa visão confortadora. Devendo valorizar a pessoa, as suas vontades, crenças, desejos e apoiá-la nas suas decisões, estipulando objetivos reais e atingíveis. Isto tendo em conta que estes doentes são pessoas que apresentam doença avançada, incurável e evolutiva, com necessidades de saúde pelo sofrimento associado e que apresentam uma sobrevida de três a seis meses ou com doença progressiva e prolongada que necessita de cuidados de conforto (Neto, 2010, p .10).

Surge, assim, a necessidade de definir o termo paliar que significa “gerir: providenciar conforto e controlo da dor a pessoas com doença terminal através do apoio físico, emocional, psicológico e espiritual” (CIPE, versão 2.0; 2010, p.101). Palição é o alívio do sofrimento da pessoa e ação paliativa é uma medida que tem como objetivo diminuir as repercussões negativas da doença sobre o conforto geral da pessoa, sem intenção curativa. Assim sendo, o Plano Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) propõe minimizar o impacto da doença e promover bem-estar geral, como preocupação dos profissionais de saúde nos contextos de cuidados paliativos (PNCP, 2010).

Os cuidados paliativos são o conjunto de intervenções que dão resposta aos obstáculos decorrentes da doença incurável e com prognóstico limitado e apresentam como objetivos controlar os sintomas gerados pela doença, promovendo a qualidade de vida e o conforto possível à pessoa. Estes cuidados podem ter a duração de dias, semanas, meses e mesmo anos, devendo estar representados também no processo de luto, tendo como meta final promover à família da pessoa internada apoio e conforto emocional, mas, para este conforto ser pleno, os profissionais têm de comunicar eficazmente com a pessoa em fim de vida e a sua família de modo a conhecer as suas vontades e desejos, para todos se sentirem confortáveis (Neves, 2000; Twycross, 2003; Neto, 2010).

Na pessoa que vivencia o processo de fim de vida, os seus objetivos são, principalmente, aliviar o sofrimento físico, espiritual, psíquico e emocional, onde todas as intervenções deverão ser centradas nas necessidades individuais de conforto e qualidade de vida e manifestadas pela pessoa como benéficas. Neste sentido, todas as intervenções de enfermagem em cuidados paliativos visam o cuidado de conforto, uma vez que o processo de morrer desenvolve nas pessoas sentimentos de medo e vulnerabilidade, pelo que os profissionais de saúde devem recorrer a medidas, convencionais ou não, adaptando as intervenções à pessoa, às suas necessidades e à fase da doença em que se encontra, para que se consiga que o doente beneficie e se sinta confortável. Deste modo, o cuidado confortador do enfermeiro deve ser centrado na individualidade e na noção de qualidade de vida da pessoa (Sapeta e Lopes, 2007; Gomes, 2008; Neto, 2010; Ribeiro, 2012).

O cuidado confortador é efetivo quando o enfermeiro cuida com o intuito de diminuir sofrimento, devendo o profissional confortar, aliviar, acalmar, encorajar, valorizar, capacitar e aceitar as

limitações, perdas e a condição terminal, e assim colaborar no processo de viver da pessoa. Intervenções de enfermagem como gerir e manter o ambiente seguro e ao gosto do doente, garantir o bem-estar, prevenir acidentes e praticar os cuidados de enfermagem com qualidade, tornam o processo de promover conforto adequado, pois demonstra que o cuidado foi direcionado para o doente como uma pessoa única e singular, tornando o cuidado mais significativo para quem o recebeu (Oliveira, 2006; Lopes 2006; Martins, 2010; Ribeiro, 2012).

Neste sentido e enquadrado no presente estudo, surge a necessidade de encontrar evidências do papel do enfermeiro e, especificamente, do enfermeiro especialista de reabilitação na promoção do conforto da pessoa cuidada.

De acordo com a OE (2010) o EEER é um enfermeiro que se rege pelas competências de enfermeiro de cuidados gerais, mas apresenta competências específicas na responsabilidade profissional, na ética, na melhoria da qualidade dos cuidados; na gestão das intervenções e no desenvolvimento dos conhecimentos e habilidades profissionais específicos. Assim, o enfermeiro especialista é o enfermeiro que possui conhecimentos científicos aprofundados em relação a uma área específica da enfermagem, com base nas condições humanas ao longo do ciclo de vida, nas adaptações às condições de saúde e que exigem tomada de decisão especializada através de competências especializadas num campo de intervenção.

Esta especialidade surgiu em 1965, com a criação do primeiro curso de Especialização em enfermagem de reabilitação, com o objetivo de reduzir as complicações, promover a autonomia e recuperar a funcionalidade de pessoas com défices motores graves, demonstrando-se de grande importância devido ao crescente envelhecimento populacional e ao aumento da taxa de pessoas com doença prolongada, crónica e incapacitante (OE, 2004; APER, 2011).

O EEER, pelas suas competências e conhecimentos, é visto como um profissional fundamental para identificar, planear, aplicar e avaliar os programas de reabilitação adequando-os à necessidade real de recuperação funcional de cada pessoa, orientando-a para a adoção de medidas seguras na comunidade de modo a conseguir ultrapassar barreiras arquitetónicas (Rocha, 2011).

Os EEER possuem um conjunto de competências que lhes permite colaborar no processo de doença, bem como na deficiência, nas sequelas de acidentes, potenciando a autonomia e a adaptação às novas condições de vida, ou seja, as competências específicas do EEER baseiam-se em: “Cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de prática de cuidados; “Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”; “Maximizar a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento nº 125/2011, 2011).

O enfermeiro de reabilitação utiliza um processo que se inicia nos cuidados preventivos imediatos, em caso de doença ou acidente, na contínua recuperação e em todas as fases que implicam a adaptação a uma nova condição de saúde. Assim sendo, a enfermagem de reabilitação está presente em todas as fases de transição e de adaptação humana a novos processos de vida e é adaptável a todo o ciclo de vida e a todas as condições de saúde, desde a prevenção de incapacidades até à intervenção na promoção de conforto em fim de vida (Hoeman, 2000).

Assim sendo, o perfil de competências do enfermeiro especialista foi definido para certificar as competências e divulgar os padrões de cuidados pelos quais se regem os EEER e que os cidadãos podem exigir e contar quando são cuidados por um EEER, pois têm direito a cuidados especializados.

Da evolução da enfermagem até à especialização em enfermagem de reabilitação e da evolução do conceito de cuidar até ao conceito de cuidado confortador foram inúmeros os estudos científicos realizados e a evolução científica ocorrida, pelo que se acredita que a reabilitação tem um papel fulcral no conforto da pessoa.

2.2 O desenvolvimento das Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção e a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Com o crescimento exponencial do envelhecimento populacional em Portugal (INE, CENSOS 2011) e fazendo um paralelismo com os níveis de dependência denota-se um aumento do número

de pessoas com incapacidade funcional por doenças crónicas e um aumento de pessoas em fase terminal com incapacidades causadas pela doença e que limitam as atividades e condicionam a sua qualidade de vida (OE, 2004).

O Relatório Primavera de 2015 (Observatório Português dos Sistemas de Saúde - OPSS, 2015) refere “[...] estima-se que nos 3.869.188 agregados familiares existentes em Portugal (CENSOS, 2011), haverá 110.355 pessoas dependentes no autocuidado nos domicílios, sendo que destas, 48.454 serão pessoas dependentes «acamadas»” (p.87). É ainda referido neste relatório que a população de pessoas dependentes no autocuidado em Portugal representará cerca de 53.160 episódios de internamentos e cerca de 129.508 episódios de recurso aos serviços de urgência, por ano, o que indica a necessidade de procurar respostas para apoiar as pessoas com dependência funcional.

Estas situações obrigaram a alterações no sistema de saúde e no apoio social às pessoas dependentes e respetivas famílias adequando as respostas às necessidades de cuidados.

Deste modo, e para dar resposta a estas necessidades foi criada, em 2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) para prestar cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, necessitem de cuidados diferenciados (Decreto Lei 101/2006).

Assim, a RNCCI é uma resposta do Estado cujo objetivo é assegurar um modelo de intervenção e articulação da Saúde e da Segurança Social para os cuidados continuados e paliativos aos cidadãos. A RNCCI foi criada para colmatar uma falha a nível da continuidade de cuidados na sociedade portuguesa, denotando-se carências na prestação de cuidados em parcerias com instituições de cariz social, como sendo a reinserção social e comunitária das pessoas em adaptação a uma nova condição de vida, após internamento prolongado (Ministério da Saúde, 2004).

Para melhor entendimento, é importante definir alguns conceitos, como sendo o conceito de Cuidados Continuados Integrados definido como o conjunto de intervenções de saúde e de apoio social, com objetivo da recuperação ativa e contínua, no sentido de promover a autonomia,

aumentando a funcionalidade da pessoa dependente, através de reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Decreto Lei 101/2006, Capítulo I, Art.º 3.º).

O Decreto Lei 101/2006, no seu Capítulo I, Art.º 4.º, define como objetivos específicos da RNCCI:

“ a) A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social; b) A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida; c) O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação; d) A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; e) O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados; f) A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação; g) A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.” Sendo o principal objetivo da RNCCI prestar cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, sendo que uma pessoa é considerada como dependente, quando não consegue realizar as suas atividades da vida diária (AVD) autonomamente (Decreto-Lei n.º 101/2006, p. 3858).

De acordo com a Ordem dos enfermeiros em 2010, os enfermeiros são elementos fundamentais para dar resposta aos objetivos e aos princípios da RNCCI, assegurando os cuidados em todas as suas valências, descritas no Decreto-lei 101/2006, Capítulo IV, Art.º 12.º, sendo elas:

- Unidades de Internamento, como é o caso das unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção;
- Unidades de ambulatório, que englobam as unidades de dia e as unidades de promoção da autonomia;
- Equipas hospitalares, sendo elas, as equipas de gestão de altas e equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos;

- Equipas domiciliárias, como sendo as equipas de cuidados continuados integrados.

Neste contexto é de interesse abordar as principais características de uma ULDM, sendo uma das unidades pertinentes para o estudo. Esta é uma Unidade de internamento da RNCCI onde a pessoa permanece por um período de tempo previsto superior a 90 dias consecutivos, tendo como objetivos prestar cuidados de saúde a pessoas com doenças crónicas sem condições de voltar para o domicílio por incapacidades no autocuidado, prestação de cuidados de manutenção do estado de saúde, promovendo a qualidade de vida e consequente conforto, retardando o agravamento da dependência e melhorando a capacidade funcional da pessoa, tanto quanto possível [Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), 2010].

Nas ULDM são admitidas pessoas para internamento com doenças crónicas ou temporárias que se encontrem com elevado grau de dependência e que não podem ser cuidadas em contexto domiciliário pelas suas vulnerabilidades e necessidades de cuidados específicas. A finalidade destas unidades passa pelos cuidados de manutenção das funcionalidades da pessoa evitando o agravamento do seu nível de dependência, promovendo, acima de tudo, conforto e a qualidade de vida.

Assim sendo, as ULDM são um apoio aos doentes quando as unidades hospitalares já não podem proporcionar respostas às questões sociais e de saúde, tendo como finalidades promover melhoria da qualidade de vida, maximização do potencial de recuperação da funcionalidade para se autocuidar e praticar autonomamente as suas Atividades de Vida Diárias (AVD's). Podem existir ainda internamentos com menos de 90 dias quando há uma necessidade de descanso do cuidador, sendo o máximo de 90 dias/ano (Decreto Lei 101/2006 art. 17º).

Os objetivos da ULDM vão de encontro às competências do EEER, sendo a maximização da funcionalidade, adaptação à nova condição de vida, reinserção no âmbito familiar e social, através do levantamento de possibilidades de alteração de barreiras arquitetónicas e sugestão de materiais de apoio para esta adaptação. O papel do enfermeiro na RNCCI passa por possibilitar a autonomia, criar oportunidades de evolução, reforçar as motivações dos utentes e utilizar equipamentos que possibilitem a melhoria das competências funcionais dos utentes, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem dos utentes, num processo de desenvolvimento e crescimento (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

As UCP, pela sua semelhança no perfil de saúde dos doentes, são também unidades de interesse para o presente estudo, existindo assim a necessidade de abordar as principais características destas unidades e a sua evolução. O Plano Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) foi aprovado em 2010 e veio colaborar na definição dos princípios orientadores em cuidados paliativos e na missão dos cuidados continuados integrados, de modo a cuidar, confortar e apoiar as pessoas em fim de vida, considerando uma prioridade nas políticas de saúde, pois identificaram-se carências nos apoios às pessoas na fase final da vida, seja por exclusão social, económica ou mesmo espiritual.

Posteriormente, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Paliativos pela lei 52 de 2012 de 5 de setembro e através da portaria nº340/2015, de 8 de outubro que visa a prestação de cuidados paliativos a doentes em fim de vida. Assim, as Unidades de Cuidados Paliativos constituem uma resposta organizada para tratar, cuidar e apoiar as pessoas com prognóstico de vida limitado, ou seja, doença avançada, incurável e progressiva, sem limite de tempo de permanência, onde os cuidados são prestados por equipas especializadas em Cuidados Paliativos com o intuito de aliviar sintomas; prestar apoio psicológico, espiritual e emocional, de prestar apoio familiar, mesmo durante o luto (PNCP, 2010).

Os critérios para admissão de pessoas nas UCP são: serem portadores de doença grave ou avançada (oncológica ou não), devidamente confirmada e documentada com descontrolo sintomático e/ou sofrimento intenso, que possam beneficiar de terapêuticas dirigidas a doença, não necessariamente em fase terminal ou agónica; existir uma exaustão dos familiares ou cuidadores de doentes paliativos no domicílio, devidamente acordadas com a equipa por um período não superior a 30 dias; existir a aceitação do doente e família deste tipo de assistência, não devendo ser associada a proximidade da morte. De referir que as doenças mais comuns de internamento em UCP são as oncológicas; demência avançada; patologias neurodegenerativas e SIDA (PNCP, 2010).

Para existir uma equipa ou unidade de cuidados paliativos é necessário um conjunto de profissionais com competências e habilidades no âmbito dos cuidados paliativos, adequando o perfil de cuidados à população a servir, ou seja, fases da doença, patologias, níveis de complexidade, assim como o tipo de unidade e as valências. Idealmente, as equipas de Cuidados

Paliativos são multidisciplinares e compostas por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, assistentes operacionais, assistentes espirituais e voluntários, sendo que as decisões sobre o plano individual de intervenção de cada doente são tomadas em reunião de equipa com o doente e família presentes, para que estes expressem os seus desejos e medos. Assim, e de acordo com os princípios dos cuidados paliativos, os enfermeiros de cuidados paliativos deverão incidir na promoção do conforto do doente e da sua família.

Neste sentido, prestar cuidados de qualidade é o início para alcançar a excelência dos cuidados de enfermagem. Cada vez mais, os enfermeiros adequam as suas práticas ao estipulado pela OE e pelos padrões de qualidade, o enfermeiro avalia e adequa as suas intervenções à pessoa com a intenção de proporcionar bem-estar, conforto e qualidade de vida, minimizando o sofrimento (Nunes, 2011; Sapeta, 2011).

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação consiste na conjugação de um corpo de conhecimentos e procedimentos especializados que permitem auxiliar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas, maximizando o seu potencial funcional e a sua independência e adota técnicas de reabilitação, colabora na escolha de ajudas técnicas, promove a melhoria da condição de saúde, previne complicações inerentes da imobilidade, minimiza o impacto das incapacidades, adapta a pessoa e a família à nova condição de vida, maximiza a funcionalidade para a reinserção social e potencia a qualidade de vida (OE, 2004; APER, 2011).

No contexto de cuidados paliativos e no que se refere à intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, “a reabilitação, mais do que uma disciplina, é o testemunho de um espírito particular; o do interesse sentido pelo futuro da pessoa, mesmo quando a cura ou a reparação do seu corpo (...) deixam de ser possíveis” (Braga, 2009, p. 19).

O EEER, através das suas intervenções, cria uma empatia e proximidade com o doente, o que faz do EEER o profissional de saúde de eleição para a pessoa em fim de vida partilhar os seus medos e receios, pois criam um ambiente confortável para a expressão de sentimentos nos seus momentos comunicacionais.

Neste contexto, verifica-se que nas ULDM, a existência de EEER é fulcral, devido aos seus conhecimentos e competências específicas, pois avalia a funcionalidade da pessoa, identifica as limitações, elabora e implementa planos de cuidados, com vista à recuperação e à adaptação à nova condição de saúde, colabora na autonomia, maximizando todas as funcionalidades da pessoa. Os seus cuidados de enfermagem evidenciam a dignidade, o conforto e os ganhos em saúde quando aumentam a qualidade de vida. Os EEER que prestam cuidados na ULDM avaliam e identificam os potenciais problemas e devem priorizar a promoção de saúde, prevenção das incapacidades da pessoa e a desmotivação, maximizando a funcionalidade da pessoa e do potencial da família para cuidar (OE, 2010).

Os cuidados paliativos e a reabilitação são áreas do conhecimento interdisciplinares que têm como enfoque a humanização e a melhoria da qualidade no morrer, pois não tentam a cura, nem modificam o processo da doença, mas ambas envolvem a necessidade de uma equipa multidisciplinar para que o bem-estar e o conforto da pessoa sejam mantidos até ao momento da morte (Braga, 2009; King 's College London, 2008).

Entende-se assim que o EEER promove o conforto no doente paliativo, pois com as suas intervenções especializadas os sintomas são aliviados, proporcionando aumento de conforto. Nos contextos das UCP e ULDM e no que se refere à intervenção do EEER é conhecida como elemento restaurador da função nos doentes oncológicos, promotora de conforto e minimizadora das perceções de desespero do doente (Scialla, et al, 2000).

A aplicação de cuidados de enfermagem no alívio dos sintomas do doente é um desafio para a enfermagem de reabilitação na medida em que o enfermeiro executa autonomamente essas intervenções que interferem na promoção do conforto do doente oncológico e facilita a prestação de cuidados individualizados e humanizados.

A reabilitação é um processo dinâmico e abrangente que permite a qualquer pessoa ao longo do ciclo vital usufruir dos cuidados dos EEER, com vista a melhorar as suas capacidades funcionais para viver de acordo com a normalidade possível e com a finalidade de restituir a máxima autonomia e a consequente concretização dos desejos da pessoa cuidada (Rocha, 2008).

Devido ao aumento de pessoas em fase terminal, os EEER adquirem uma prática baseada no conforto e no alívio dos sintomas, respeitando os princípios éticos e adequando o seu foco de cuidado, de maneira a dar a possibilidade da pessoa e a família viverem o tempo restante em conformidade com as suas vontades e desejos com a maior qualidade de vida possível, prevenindo incapacidades e recuperando capacidades para a obtenção de autonomia quanto possível (APER, 2011).

Nos serviços oncológicos e cuidados paliativos, as intervenções de reabilitação são frequentemente ignoradas ou subutilizadas, apesar dos níveis de incapacidade funcional dos doentes serem elevados. Portanto, existe pouca evidência científica sobre a utilização e a possível eficácia das intervenções do enfermeiro especialista em reabilitação, ainda assim, a intervenção da reabilitação é vista como elemento restaurador da função nos doentes oncológicos, promotor de conforto e minimizador das perceções de desespero do doente (Braga 2009; Montagnini e Lodhi, 2003; Scialla, et al 2000).

Admite-se a existência de escassa evidência científica quanto às intervenções de enfermagem específicas dos EEER centradas no cuidado confortador tendo como destinatários os doentes internados em UCP e ULDM.

Deste modo, constitui-se o problema de investigação e para o qual se estabelece a questão de investigação, à qual se pretende dar resposta: “Quais as intervenções associadas ao cuidado confortador que os enfermeiros especialistas em reabilitação implementam em pessoas internadas em Unidade de Cuidados Paliativos e Unidade de Longa Duração e Manutenção?”.

E, sendo que uma investigação no âmbito da área disciplinar de enfermagem tem como objetivo descrever, explicar e prever fenómenos de enfermagem, bem como prescrever intervenções de interesse para a resolução de problemas em saúde das populações (Meleis, 2010), as opções metodológicas dependem da problemática e dos objetivos definidos.

Assim define-se como objetivo geral:

- Explorar o significado atribuído pelos EEER ao conceito de conforto e identificar as intervenções implementadas que lhe estão associadas, em contexto de UCP e ULDM.

E como objetivos específicos:

- Explorar o significado atribuído ao “cuidado confortador” pelos EEER;
- Identificar as intervenções associadas ao “cuidado confortador” implementadas pelos EEER;
- Conhecer as intervenções prioritárias implementadas pelos EEER;
- Comparar as intervenções prioritárias implementadas pelos EEER, nas UCP e ULDM.

No próximo capítulo será definida a metodologia que será utilizada para dar resposta à questão de investigação e aos objetivos do estudo.

As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção

Capítulo III – Enquadramento Metodológico

As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção

Capítulo III – Enquadramento Metodológico

Na investigação em cuidados de enfermagem espera-se que nos empenhemos na construção do saber por forma a que os enfermeiros utilizem na sua prática junto das pessoas e das suas famílias a melhor evidência científica.

Os fenómenos de enfermagem devem ser estudados com recurso a métodos que permitam a sua observação rigorosa e sistemática. Compreender e interpretar a experiência vivida em contexto natural, sob o ponto de vista dos diferentes atores, põe em evidência os dados significativos que permitem um esclarecimento mais profundo desses mesmos fenómenos (Morse, 2007).

De acordo com Fortin (2009, p. 131): *“A fase metodológica tem por objetivo precisar a maneira como a questão de investigação será integrada num desenho, que indicará as atividades a realizar no decurso da investigação”*.

Neste capítulo iremos apresentar as nossas opções metodológicas, nomeadamente: o tipo de abordagem e tipo de estudo; população e amostra; instrumento de recolha de dados; e procedimentos de análise e tratamento dos dados. Serão ainda apresentados os procedimentos éticos.

3.1 Abordagem e tipo de estudo

Considerando os objetivos, a finalidade do estudo e a problemática descrita privilegiamos um método mais indutivo de compreensão da realidade, uma abordagem qualitativa em que o investigador *“[...] observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los.”* (Fortin, 2003, p. 22).

No que se refere ao tipo de estudo optou-se por um estudo descritivo exploratório. Os estudos descritivos *“[...] procuram especificar as propriedades importantes das pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenómeno que seja submetido a análise. Avaliam diversos aspetos, dimensões ou componentes do fenómeno ou fenómenos a investigar”* (Vilelas, 2009, p. 122). Os estudos exploratórios têm como principal objetivo *“[...] desenvolver, esclarecer e*

modificar conceitos e ideias, tendo em vista, a formulação de problemas mais precisos, ou hipóteses (...) para estudos posteriores.” (Gil, 1999, p. 43).

Segundo Quivy & Campenhoudt (2005) o comportamento humano explica-se fundamentalmente pelo significado que a pessoa lhe atribui, sendo necessário ter em conta as opiniões individuais que evidenciam os princípios e valores que os orientam, bem como as representações mentais fora das quais não podem ser compreendidos.

Assim, a opção metodológica incidiu numa abordagem de perfil qualitativo cuja finalidade será a descrição e compreensão do fenómeno sob o ponto de vista dos participantes. Assente numa investigação exploratória e descritiva, este estudo visa a exploração do conceito de cuidado confortador e das intervenções associadas ao cuidado confortador que os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação implementam em pessoas internadas em contextos de cuidados específicos: as UCP e as ULDM.

3.2. População e Amostra

A população de acordo com Fortin (2009) é o grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo e precisam os critérios de seleção. Pode ser definida também como “[...] *o conjunto de todas aquelas pessoas que possuem características que interessam ao investigador.*” (Hicks, 2006, p. 25).

A população em estudo são os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação que exercem a sua atividade profissional em UCP e ULDM.

A amostragem é, segundo Fortin (2009, p. 202): “[...] *um procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno, e de tal forma que a população inteira nos interessa esteja representada*”. Apresenta-se neste estudo uma amostra teórica ou intencional, constituída pelos EEER a exercer funções em UCP e ULDM que aceitaram participar.

Participaram no estudo 12 enfermeiros com idades compreendidas entre os 29 e os 42 anos, com uma média de 33 anos de idade. Sete (58.3%) são do sexo feminino e cinco (41,7%) são do sexo masculino.

O tempo de exercício profissional dos enfermeiros entrevistados, varia entre 6 e 21 anos, sendo o tempo médio de experiência profissional de 11 anos.

Quanto ao tempo de experiência profissional como EEER, varia entre 6 meses e 7 anos, sendo 3 anos a média de tempo de prestação de cuidados como EEER.

No que se refere ao tempo de serviço na unidade de cuidados atual, os participantes apresentam uma experiência que varia entre 1 e 12 anos, sendo a média de 6 anos.

Do total dos participantes do estudo, seis prestam cuidados em UCP (50%) e seis prestam cuidados em ULDM (50%).

3.3. Instrumento e procedimentos de colheita de dados

A determinação do instrumento de colheita de dados deve ser realizada de modo a dar resposta às necessidades do investigador, para que este progrida no processo de investigação, visando a obtenção das respostas às questões elaboradas para a investigação (Fortin, 2009).

Para dar resposta aos objetivos traçados para este estudo, o instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada.

No sentido de recolher informação relevante para as questões formuladas e garantir a uniformidade das entrevistas aos diferentes participantes elaboramos um guião de entrevista semiestruturada que, embora permitindo que os participantes se expressassem livremente, nos orientou para os objetivos e traçou os limites da pesquisa (anexo VI).

Depois de obtida a autorização das instituições (anexo I, II e III), bem como o consentimento informado e aceitação dos participantes iniciamos as entrevistas (anexos IV e V).

Estas ocorreram no período compreendido entre novembro de 2016 e maio de 2017, de acordo com a disponibilidade dos EEER, no seu local de trabalho, mais concretamente numa sala cedida pelas instituições, em ambiente tranquilo e privado. Cada entrevista teve uma duração média de 30 minutos. Todas foram gravadas, com consentimento dos participantes, transcritas na íntegra pela investigadora e devolvidas aos participantes para confirmação do conteúdo.

Cada entrevista foi codificada, de modo a facilitar a análise e comparação de dados, mantendo o anonimato dos participantes: os EEER a prestar cuidados em ULDM foram codificados como EL e numerados de 1 a 6 e os EEER a prestar cuidados em UCP foram codificados com EP e numerados de 1 a 6, perfazendo um total de 12 EEER entrevistados.

3.4. Análise e tratamento dos dados

O tratamento, a organização e a análise dos dados são partes indispensáveis após a sua colheita. Assim, *"a análise deve permitir pôr em evidência as variáveis que serviram para caracterizar a amostra"* (Fortin, 2009, p.474).

Para realizar a análise dos dados optamos pela análise de conteúdo segundo Bardin (2009), que a define como: *"um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimento relativos às condições de produção/receção (variáveis inferidas) destas mensagens"* (p. 44).

Através do método de análise de conteúdo explicitado por Bardin (2009), é demonstrada a intencionalidade do investigador quando realiza inferência de determinados aspetos das comunicações. Trata-se de analisar o que é dito em entrevistas, transcrevendo-as, tornando-as em material para classificar em temas e categorias, de modo a facilitar o entendimento dos dados obtidos no discurso dos diversos participantes.

A análise de conteúdo, segundo Bardin (2009), organiza-se em três momentos: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

No presente estudo, no final da colheita de dados, todas as entrevistas foram ouvidas, transcritas e devolvidas aos participantes para a certificação das suas respostas.

Atribuiu-se um código a cada entrevista e estas foram organizadas numa lista de dados onde se colocaram as respostas a cada uma das questões; foram realizadas novas leituras de modo a seleccionar os elementos a incluir na análise.

De seguida foi efetuada a codificação que, de acordo com Bardin (2009, p.129) é definida como *"o processo pelo qual os dados em bruto são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo"*.

As *"respostas a questões abertas, a entrevistas individuais (...) são analisadas tendo o tema por base"* (Bardin 2009, p.131). Assim, tendo por base os dois temas centrais da presente investigação: **cuidado confortador e intervenções do EEER**, procedeu-se à agregação dos dados em unidades de registo, subcategorias e categorias.

A análise dos dados foi realizada manualmente pela investigadora. O processo de codificação e análise foi revisto e validado por investigadores seniores, de modo a garantir a coerência da interpretação e a correspondência aos dados, da categorização realizada (Anexo VII).

3.5. Considerações éticas

Ao elaborar um estudo com seres humanos, é necessário ter em conta os princípios éticos e a proteção dos seus direitos. De forma geral, a ética é um conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta" (Fortin, 2009, p.180).

Durante o processo de investigação foram assegurados os princípios do respeito pela pessoa, da beneficência e da justiça nomeadamente, pela garantia do anonimato e consentimento informado dos participantes (anexo V), e pela possibilidade de desistirem a qualquer momento se assim o entendessem. Em prol da evolução científica, da melhoria dos conhecimentos dos profissionais e da qualidade dos cuidados prestados às pessoas e às suas famílias, assumimos o compromisso

de tornar acessível à Universidade do Minho, às unidades de cuidados e aos enfermeiros envolvidos no estudo, os resultados da presente investigação.

Capítulo IV- Apresentação e Tratamento dos Dados

As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção

Capítulo IV- Apresentação e Tratamento dos Dados

Neste capítulo apresentam-se os dados decorrentes da análise das doze entrevistas aos EEER. Desta análise surgem dois temas centrais da investigação: *Cuidado confortador* e *Intervenções do EEER*.

4.1 Cuidado Confortador

O *Cuidado Confortador* é o tema central da investigação e assume um papel relevante para o entendimento da problemática em estudo, pois auxilia na compreensão da temática e assenta na noção de cuidado de conforto que os EEER vivenciam e que definem como conforto.

Para este tema foi definida uma categoria, quatro subcategorias e dezoito unidades de registo, através da literatura existente acerca do fenómeno em estudo, essencialmente ancorada na teoria de Kolcaba, bem como de outros autores, e espelhada nos relatos dos participantes. Apresentam-se em seguida os dados ordenados para sistematização da informação e facilidade no processo de compreensão (Quadro 1).

Quadro 1. Tema: Cuidado confortador

Tema	Categoria	Subcategorias	Unidades de registo
Cuidado confortador	Significado cuidado confortador	Dimensões do conforto	Alívio
			Tranquilidade
			Transcendência
		Contextos em que o conforto é experimentado	Físico
			Psicoespiritual
			Sociocultural
			Ambiental
		Intervenções promotoras de conforto	Intervenções para melhorar a qualidade de vida e proporcionar bem-estar
			Intervenções para minimizar o impacto da doença no doente e família
			Intervenções que visam aumentar o conforto do doente
			Intervenções que não visam a melhoria da condição de saúde
			Intervenções que não provocam dor física, psicológica e espiritual
		Requisitos/ características do cuidado confortador	Cuidado que vai de encontro ao que o doente pretende
			Estabelecer relação empática
			Comunicação
			Motivação/transmissão de energia
			Envolvimento da equipa multidisciplinar
			Condição e resultado do cuidar

Assim, para o tema *Cuidado confortador*, apresentam-se as categorias e a base em que estas se apoiam para serem válidas para a investigação. Definiu-se a categoria *Significado do cuidado confortador*, uma vez que este conceito é de relevância para este estudo, pois, encontra-se de acordo com a literatura existente acerca do tema, e é explicitado por Kolcaba e outros nas suas teorias. Assim sendo, a existência desta categoria é reforçada pela definição de cuidado confortador de vários autores e intitulado por Kolcaba, na sua teoria, como “*Comfort Care*”, pois trata-se de “um processo quando o seu correspondente resultado, aumento do conforto, é alcançado ou mesmo quando as ações são dirigidas a confortar [mas] as variáveis de intervenção comprometem o objetivo desejado de conforto aumentado ou se o conforto não está a ser medido de modo a determinar se ele foi aumentado” (Kolcaba, 2003, p. 25).

Cuidado confortador é definido por outros autores como um conceito subjetivo, definido e percecionado por cada individuo de modo individual e singular, pois pode-se sentir conforto físico, psíquico, emocional, social e espiritual e nem todo causa o mesmo tipo de reação na pessoa. Assim sendo, também se atribui o significado de conforto à ausência de dor, e o desconforto à presença de dor. Daí o conceito de conforto na globalidade das situações da prática ser um conceito complexo de definir pois é experienciado e definido pelos profissionais de diferentes modos, pela sua singularidade e individualidade (Kim & Kwon, 2007; Siefert, 2002; Oliveira 2006).

Surtem nos relatos dos participantes algumas afirmações que levam à divisão da categoria em quatro subcategorias, sendo: *Dimensões do conforto*; *Contextos em que o conforto é experimentado*; *Intervenções promotoras de conforto* e *Requisitos/caraterísticas do cuidado confortador*.

4.1.1 Dimensões do conforto

Após definida cada categoria, subcategoria e respetivas unidades de registo, apresentam-se alguns dos relatos mais significativos obtidos dos participantes. Para a subcategoria *Dimensões do conforto*, emergiram as unidades de registo: *Alívio*, *Tranquilidade* e *Transcendência*.

4.1.1.1 Alívio

O *Alívio* é um estado ou uma experiência do doente submetido a um cuidado de conforto a quem foi satisfeita uma necessidade de conforto específica, significado que emerge dos relatos dos EEER, “Sendo o conforto uma sensação de [...] alívio face à perceção de uma dor ou desconforto.” EL2; ou seja, o doente sente-se aliviado, de algum modo, após esse cuidado específico, “Os cuidados de conforto passam muito pelo alívio dos sintomas [...]” EP5, assim denota-se através de relatos dos participantes a importância do alívio para os EEER na sua definição de cuidado confortador e que vai de encontro ao que Kolcaba (2003) refere na sua teoria.

4.1.1.2 Tranquilidade

Na definição de *Tranquilidade* podemos considerar que é um estado de calma, sossego ou satisfação, como é referido por vários EEER, que descrevem o cuidado confortador como promotor de serenidade e paz “cuidado confortador é o conjunto de todas as intervenções de enfermagem que relaxam, acalmam e apaziguam a pessoa cuidada.” EP3; “Sendo o conforto uma sensação de serenidade [...]” EL2. Posto isto, e de acordo com estes e outros achados, pode-se considerar a *Tranquilidade* uma dimensão do conforto, o que também é referido por Kolcaba (2003).

4.1.1.3 Transcendência

Dos relatos dos participantes emana a unidade de registo *Transcendência*, sendo perceptível a importância dada pelos EEER, pois é feita referência à satisfação de necessidades através da introdução do familiar nos cuidados e à resolução de complicações, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida “Se intervimos a nível do desenvolvimento do potencial da pessoa contribuímos para a sua satisfação e conforto, bem-estar e qualidade de vida.” EP1; “[...] muitas vezes os doentes sentem-se também confortáveis quando a nossa intervenção se direciona para a sua família [...]” EP1; assim os cuidados de conforto são centrados na pessoa e, se em simultâneo, a sua família for cuidada, vai proporcionar bem-estar, seja em que fase da doença a pessoa se encontre. Este conceito vai de encontro ao definido por Kolcaba como sendo o estado no qual é possível superar problemas ou dor, ou seja, o enfermeiro contribui para o conforto do doente quando mantém a transcendência.

4.1.2 Contextos em que o conforto é experimentado

Para a subcategoria *Contextos em que o conforto é experimentado*, emergiram como unidades de registo os quatro contextos: *Físico; Psicoespiritual; Sociocultural; Ambiental*, correspondendo aos construtos teóricos de Kolcaba (2003); Wagner, Byrne & Kolcaba (2006); Oliveira (2006) e Magalhães (2009). Estes autores referem que os enfermeiros devem planear os cuidados consoante uma avaliação cuidada das necessidades da pessoa, sejam de natureza social, espiritual, física ou emocional.- O conforto é uma experiência sentida, pois existem necessidades não satisfeitas relacionadas com alívio, tranquilidade e transcendência em quatro contextos (físico, psicoespiritual, social e ambiental). Assim, passamos a analisar as unidades de registo, que permitiram definir a subcategoria.

4.1.2.1 Físico

O conforto *Físico* é uma sensação experienciada pelos doentes, evidenciado nas narrativas dos EEER quando estes relatam a existência de diversos tipos de conforto e descrevem o conforto físico como importante no bem-estar da pessoa cuidada “[...] todo e qualquer contacto que proporcione ao utente melhoria ou sensação de melhoria do seu bem-estar físico [...] todas as intervenções ligadas às necessidades humanas básicas fisiológicas [...] o conforto físico está implícito nesta abordagem [...] sobretudo tentar alcançar o bem-estar físico” EP1. É igualmente referido pelos EEER como a intervenção mais valorizada pelos doentes “Existe um bolo grande de intervenções que permitem colmatar todas as necessidades em todos os aspetos, não só de carácter físico, mesmo sendo estas as mais evidentes [...]” EP6. Assim, podemos considerar a abordagem física como elemento proporcionador de conforto, quando somos deparados com doentes alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação, pois os EEER relatam o bem-estar físico quando questionados acerca do significado de cuidado confortador “Sobretudo, tentar alcançar o bem-estar físico.” EP1. Esta dimensão do conforto é considerada pelos autores como muito mais do que a ausência de dor ou outro tipo de desconforto físico (Kolcaba, 2003; Wagner, Byrne & Kolcaba, 2006; Oliveira, 2006; Magalhães, 2009).

4.1.2.2 Psicoespiritual

Verifica-se que a dimensão *Psicoespiritual* do cuidar é de extrema importância para os EEER, pois denota-se que, quando são abordados acerca do tema *cuidado confortador* têm em atenção o bem-estar psíquico e espiritual “[...] o conforto do doente vai de encontro à satisfação de todas as suas necessidades, sejam de caráter [...] psicológico [...] e emocional [...]” EP6. Assim, o termo conforto encontra-se mais ligado à ausência de dor ou desconforto físico, mas não é só, pois, quando utilizamos técnicas de relação de ajuda, estimulamos a coragem, consolamos, cuidamos do conforto da pessoa. Esta ideia é transmitida por Kolcaba (2003).

Podemos ainda considerar o bem-estar psíquico e espiritual quando se inicia o processo de luto, uma vez que o enfermeiro é visto como um profissional que está sempre presente “[...] a parte emocional é muito importante, se eles não estiverem bem emocionalmente [...]” EL6. O processo de luto dá origem a um estado de ansiedade no doente. Este percebe que a sua “partida” irá causar sofrimento na sua família. São aspetos que, sendo alvo de atenção ainda em vida, o enfermeiro pode ajudar no processo de alívio do sofrimento psíquico, pois torna-se o elemento mais próximo da família, como é descrito, também, por Kolcaba (2003).

4.1.2.3 Sociocultural

A unidade de registo *Sociocultural* é delimitada, na medida em que é indicada pelos EEER nas entrevistas ao referirem que as pessoas quando experienciam um cuidado em que existe bem-estar sociocultural, mantêm as suas necessidades satisfeitas e existe um cuidado considerado confortador. Ou seja, a pessoa deve ser cuidada tendo em vista a adaptação das suas limitações à sua condição de saúde, mas também ao meio social envolvente na medida do possível. Assim, segundo os autores, o conforto sociocultural é o cuidado que tem em vista a adaptação a uma nova condição de saúde, e também relatado pelos EEER quando referem que o cuidado confortador tem como objetivo “Sobretudo tentar alcançar o bem-estar social.” EP1. Mesmo durante o internamento numa unidade de saúde esta socialização deverá estar presente “Em alguns doentes podemos ajudar no conforto social, nomeadamente, proporcionar saídas do serviço [...]” EP6. Assim, o conforto na dimensão sociocultural é importante para os EEER, pois é referido na sua definição de cuidado confortador. A dimensão sociocultural como parte integrante dos cuidados é, igualmente, explorada por Kolcaba (2003).

4.1.2.4 Ambiental

A vertente *Ambiental*/também faz todo o sentido ser explorada, pois o estado de conforto pode ser influenciado de acordo com o ambiente envolvente em que a pessoa se encontra. Ou seja, por exemplo, a existência de odores ou paisagens pode causar conforto na pessoa, daí, esta vertente ser referida nos relatos dos EEER “Fazer gestão do ambiente físico.” EP1 e se possível tornar o ambiente de um doente que esteja internado o mais próximo do seu ambiente individual “[...] o conforto do doente hospitalizado, que é o meu contexto, é valorizado de forma diferente do contexto de ambulatório ou do domicílio.” EP5. Este conforto ambiental pode ser efetivo com recurso, por exemplo, à disposição de objetos pessoais nas enfermarias.

4.1.3 Intervenções promotoras de conforto

Para a subcategoria *Intervenções promotoras de conforto* foram definidas cinco unidades de registos que fundamentam o conceito e que vão de encontro ao que é referido por Kolcaba (2003). Esta indica que existe a necessidade de os profissionais de saúde estarem motivados e despertos para a realidade de que o conforto não é apenas físico e que todos os seus cuidados são indispensáveis na promoção de bem-estar, qualidade de vida e conforto. Pelo que é necessário determinar se existe desconforto e quais os fatores que o desencadeiam; conhecer as necessidades e colmatá-las com a implementação de intervenções, adotando estratégias para interpretar se o conforto pleno foi alcançado, através da avaliação das intervenções que foram implementadas. Assim, passa-se à análise de cada unidade de registo e à apresentação das respetivas unidades de contexto para melhor compreensão dos achados.

4.1.3.1 Intervenções para melhorar a qualidade de vida e proporcionar bem-estar

A qualidade de vida da pessoa cuidada é de extrema importância nos cuidados de enfermagem e, por isto, emerge a unidade de registo *Intervenções para melhorar a qualidade de vida e proporcionar bem-estar* dos relatos dos EEER “Todas as atividades de enfermagem de reabilitação que visam [...] a qualidade de vida.” EL2 [...] proporcionam qualidade de vida dentro do possível na condição de cada pessoa [...]” EL4. Referiram também que o cuidado confortador é preconizado nas práticas de reabilitação em todas as intervenções com vista à promoção de bem-estar, como é visível pela afirmação “[...] todas as intervenções do enfermeiro especialista que [...]”

promovam bem-estar e qualidade de vida.” EP4 “[...] dar o máximo de qualidade de vida possível.” EP6. Estas afirmações dos EEER são espelho da teoria de Kolcaba quando esta refere que as intervenções de enfermagem são implementadas, proporcionando estratégias que visem o alívio do sofrimento e a melhoria de qualidade de vida.

4.1.3.2 Intervenções para minimizar o impacto da doença no doente e família

No que se refere à unidade de registo *Intervenções para minimizar o impacto da doença no doente e família*, pode-se afirmar que a existência da doença, por si só, afeta a pessoa, mas não só, toda a sua família é afetada e é necessária a intervenção dos profissionais de enfermagem, assim afirma-se que os cuidados de enfermagem resultam na satisfação das necessidades da pessoa e da família atingindo os seus objetivos e de acordo com as suas convicções “[...] os cuidados de conforto estendem-se muito mais, cuidados às famílias, ajuste dos objetivos à fase da doença, essencialmente passa muito por estes aspetos. [...]” EP5.

Sendo que o conforto só se torna total quando se operacionaliza na pessoa que vivencia a intervenção e a define como conforto, os EEER tornam evidente nos seus relatos “Todo o tipo de intervenção que proporcione bem-estar e ajude a minimizar o impacto da doença, junto do doente e família reflete um cuidado confortador” EP1. “[...] poderemos falar no conforto espelhado pela individualização da intervenção e consequente satisfação familiar experienciada.” EP1 e estes vão de encontro ao referencial teórico de Kolcaba (2006) e Kim & Kom (2007).

4.1.3.3 Intervenções que visam aumentar o conforto do doente

Considerando a unidade de registo *Intervenções que visam aumentar o conforto do doente*, verifica-se a necessidade de referir que o cuidado confortador é um cuidado fundamental para os EEER, uma vez que eles o citam nos seus relatos quando referem que as intervenções de enfermagem visam promover o conforto do doente. Pelos relatos dos EEER damos exemplos da valorização do aumento do conforto “[...] valorizo todas as intervenções que proporcionem conforto ao doente e que o façam sentir-se cuidado.” EP1; “[...] cuidado confortador é o cuidar em enfermagem com o intuito de promover conforto aos doentes [...]” EP4, isto indo de encontro a Kim & Kom que referem que “[...] cuidados de enfermagem têm como objetivos aumentar o conforto do doente, ou seja, a promoção de conforto e a avaliação das intervenções são a essência

da prática de enfermagem”, o que é sustentado, também, por Kolcaba nas suas publicações (2003,2006).

Esta promoção de conforto é valorizada no contexto das unidades de cuidados paliativos, uma vez que, muitas vezes, a doença é tão prolongada que a intencionalidade das intervenções é dirigida à promoção de conforto “O grande objetivo dos cuidados numa unidade de cuidados paliativos são cuidados de conforto [...]” EP5 “[...] o nosso objetivo global em termos de intervenções é sempre o conforto do doente [...]” EP6. Assim, verifica-se que os EEER valorizam o conforto do doente em todas as suas intervenções.

4.1.3.4 Intervenções que não visam a melhoria da condição de saúde

Nestas unidades de cuidados em estudo, os doentes, maioritariamente, apresentam grande vulnerabilidade marcada por uma condição de declínio funcional “crónico”, daí, o baixo potencial de reconstrução de autonomia e de independência. Tendo em conta esta situação, os cuidados de conforto não visam a melhoria da condição de saúde das pessoas, mas, essencialmente, a promoção de conforto no final de vida “[...] cuidado que embora não vise a melhoria da condição de saúde, permite que o utente tenha o seu conforto [...]” EL5, ou seja, cada pessoa sente conforto quando as intervenções implementadas são adequadas e trazem melhorias no seu bem-estar. Ainda que não melhorem a condição de saúde, mantêm a funcionalidade “residual” da pessoa.

4.1.3.5 Intervenções que não provocam dor física, psicológica e espiritual

Pode-se afirmar que o conforto é muito mais do que a ausência de dor ou desconforto, é um bem-estar que deve contemplar várias vertentes. Assim, dos relatos emerge a unidade de registo *Intervenções que não provocam dor física, psicológica e espiritual*, onde se verifica que os EEER descrevem o significado de cuidado confortador como “[...] cuidado [...] em que não existe dor física/psicológica/espiritual [...] para mim o foco principal é trabalhar num sentido de não haver dor, seja a dor de que origem for.” EL3; “Este cuidado terá sempre como objetivo que a pessoa sinta esse conforto que lhe queremos transmitir com a intervenção, sem causar sofrimento “[...] o que eu entendo por cuidado confortador, não provocar dor e aliviando de certa forma...deixar a pessoa o mais confortável possível [...]” EP2 ; “[...] conforto são todas as [intervenções] que não proporcionem desconforto ou dor [...]” EP3; “[...] sabendo sempre que, quando o nosso cuidado

deixa de ser confortador e passa a ser doloroso para a pessoa, deve-se redefinir estratégias [...] se vemos que tem dor, paramos!” EP2. Ou seja, devemos ter a noção dos limites que separam os cuidados prestados com o objetivo de promover maior funcionalidade e aqueles que considerados “básicos”, promovendo apenas bem-estar. Assim, pode-se afirmar que o conforto é uma experiência subjetiva e individualizada onde os sujeitos experimentam vivências físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais, através das intervenções de enfermagem que são geradoras de conforto e que têm o intuito de confortar sem causar dor (Apóstolo, 2010).

4.1.4 Requisitos/caraterísticas do cuidado confortador

Com base nos achados das entrevistas realizadas, emergiram seis unidades de registo: *Cuidado que vai de encontro ao que o doente pretende; Estabelecer relação empática; Comunicação; Motivação/transmissão de energia; Envolvimento da equipa multidisciplinar; Condição e resultado do cuidar*. Estes conceitos que emergiram das entrevistas vão de encontro às teorias de vários autores e que referem que todo o cuidado que transmite sentimento de conforto, pode considerar-se confortador e, sendo este o objetivo dos cuidados de enfermagem.

4.1.4.1 Cuidado que vai de encontro ao que o doente pretende

Observa-se nos relatos dos EEER que as intervenções de enfermagem visam a construção e a concretização dos objetivos do plano de cuidados, sendo um requisito fundamental neste planeamento a co-responsabilização do doente na tomada de decisão (Conselho de Enfermagem, 2003). Desta noção emerge a unidade de registo *Cuidado que vai de encontro ao que o doente pretende* “[...] temos de ver o cliente como um ser único, com crenças e valores e expectativas próprias e o cuidado tem de ir de encontro ao que o doente pretende e isso é que vai proporcionar conforto no doente [...]” EL6, assim sendo, o doente tem o direito de decidir, participando na tomada de decisão sobre o plano de intervenção, em conjunto com os profissionais.

Deste modo, a unidade de registo *Cuidado que vai de encontro ao que o doente pretende* faz sentido, pois os EEER têm uma opinião unanime de que a vontade da pessoa deve ser relevada no planeamento dos cuidados “Devemos assumir o que o doente quer, acima de tudo!” EL6, utilizando estratégias de satisfação de necessidades como por exemplo “[...] um toque colocando um creme que a pessoa gosta [...]” EP2, sempre com a convicção de que o doente tem vontade

própria e que deve ser respeitada “[...] tudo vai depender da vontade do doente [...]” EP5, ou seja, é importante gerir as expectativas da pessoa acerca dos cuidados que lhe serão prestados, de modo à obtenção de conforto efetivo (Oliveira, 2006; Magalhães, 2009).

4.1.4.2 Estabelecer relação empática

Estabelecer uma relação empática é próprio do cuidar em enfermagem, deste modo os EEER relatam nas suas entrevistas factos que levam à definição da unidade de registo *Estabelecer relação empática*, pois, se se criar uma relação empática, o doente sentirá conforto e segurança relativamente aos cuidados que lhe são prestados “Outro aspeto importante para o cliente se sentir confortável antes de qualquer intervenção, o importante é criarmos uma relação empática [...]” EL6, isto é, a pessoa necessita de confiar no profissional para se sentir confortável, assim como referem Wagner, Byrne & Kolcaba (2006). Significa que se formos empáticos e demonstrarmos compaixão, estamos a praticar conforto.

4.1.4.3 Comunicação

Os EEER referem a *Comunicação* como um elemento confortador e deverá estar presente em todos os cuidados de enfermagem “[...] o mais importante para estas pessoas passa por comunicar desejos, exprimir vontades [...]” EL3 e, mais ainda, não se consegue cuidar sem comunicar, ou seja, “[...] a comunicação é uma intervenção fundamental!” EP5, “[...] e para se confortar deve-se comunicar com o doente.” EP1.

O conforto tem sido um foco de atenção nos cuidados de enfermagem porque quando mostramos disponibilidade, escutamos, tocamos, estamos a praticar conforto, uma vez que todos estes aspetos são formas de comunicação (Kolcaba, 2003; Oliveira, 2006; Magalhães, 2009; Pimenta, 2010).

4.1.4.4 Motivação/transmissão de energia

Quando as pessoas sentem apoio, alívio e incentivo emocional vão colaborar com maior eficácia no plano de cuidados. Assim, emerge dos relatos a unidade de registo *Motivação/transmissão de energia*, uma vez que essa motivação deve partir de nós que transmitimos energia e força de vontade para a pessoa concretizar os seus objetivos “[...] proporcionar-lhe alguma motivação ao

cliente e nossa também, nós estarmos motivados, transmitindo essa energia ao cliente e realizar a intervenção.” EL6, ainda que nestes casos, seja a curto prazo, o valorizar da pessoa e aumentar a sua motivação promove mais conforto, ajuda a superar as limitações e ganhar ânimo para ultrapassar os obstáculos possíveis, em prol da sua reabilitação e do seu conforto como é referido nos estudos de Kolcaba (2009) e Dowd (2004).

4.1.4.5 Envolvimento da equipa multidisciplinar

Existe a necessidade dos profissionais de saúde estarem motivados e despertos para a realidade de que o conforto não é apenas físico e de que todos os seus cuidados são indispensáveis na promoção de bem-estar, qualidade de vida e conforto. Pelo que é necessário conhecer as necessidades da pessoa e colmatá-las com a participação de toda a equipa multidisciplinar que, em conjunto, vai adotando estratégias para que o conforto pleno seja alcançado. Assim sendo, emerge a unidade de registo *Envolvimento da equipa multidisciplinar* uma vez que é referida pelos EEER a necessidade de uma equipa de profissionais que intervêm em diferentes áreas “[...] os cuidados de enfermagem e de toda a equipa, nunca podemos esquecer, a enfermagem sem a restante equipa não consegue prestar cuidados de conforto de qualidade por si só, é necessária toda a equipa para o conforto total do doente e da família.” EP5.

Os EEER referem o trabalho em equipa como requisito para existir um cuidado de conforto efetivo “[...] havendo um trabalho em equipa de modo a alocar em todas as especialidades que trabalham com o doente para que tenham um tempo de vida com qualidade.” EP2, e ainda nos indicam ser um elemento indispensável “[...] comunicação tem de ser comum e idêntica entre os elementos da equipa, e isso é facilitado pelo facto de trabalhar numa UCP, pois o trabalho em equipa é fundamental.” EP5. Em suma, o trabalho em equipa dá significado ao cuidado confortador e só assim se poderá chamar “cuidados confortadores” aos cuidados prestados nas instituições. Os achados vão de encontro ao PNCP (2010) que indica que o trabalho em equipa deve ser uma preocupação dos profissionais de saúde nos contextos de cuidados paliativos de modo a minimizar o impacto da doença e promover bem-estar geral.

4.1.4.6 Condição e resultado do cuidar

Das entrevistas surge a noção de que todos os cuidados de enfermagem têm como principal meta o conforto da pessoa, assim nasce a unidade de registo *Condição e resultado do cuidar*, pois existem evidências nos achados que nos demonstram que o conforto tende a ser um resultado dos cuidados de enfermagem, “Confortar, deveria ser o resultado de cuidar [...]” EP1, sendo isto determinante na evolução da condição de saúde “O conforto deve ser considerado em qualquer intervenção [...] enquanto enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação um doente que esteja confortável será mais colaborante e empenhado no plano de reabilitação e na concretização diária dos seus objetivos.” EP4.

É referido pelos participantes que todas as ações do enfermeiro têm o intuito de serem confortadoras “Cuidado confortador é o conjunto de todas as intervenções que delineamos e intervimos em função do conforto, não de forma isolada, mas um conjunto delas que vão proporcionar conforto ao doente, de modo a que ele se sinta amplamente confortável. É assim que o defino.” EP6. Assim, nestes relatos, os EEER demonstram que as suas intervenções têm o mesmo fim: o conforto da pessoa cuidada e o mesmo se observa na Teoria do Conforto de Kolcaba, quando esta afirma que tornando os cuidados mais dignos e humanizados, e proporcionando medidas que visem o alívio do sofrimento, proporciona-se qualidade de vida.

4.2 Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

O tema *Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação* advém das intervenções descritas nas competências dos EEER (Regulamento das competências específicas de enfermagem de reabilitação - nº 125/2011, 2011), que os próprios indicam como sendo intervenções específicas do EEER e que são utilizadas na sua prática com o intuito de prestar um cuidado confortador. No Quadro 2 estão representadas as categorias, subcategorias e unidades de registo associadas ao tema.

Quadro 2. Tema: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Tema	Categoria	Subcategorias	Unidades de registo
Intervenções do EEER	Intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelo EER	Competências comuns dos enfermeiros especialistas	Responsabilidade profissional, ética e legal
			Gestão dos cuidados
		Competências específicas dos EEER	Cuidar pessoas com necessidades especiais
			Capacitar a pessoa com limitação da atividade e/ou restrição da participação
			Maximizar a funcionalidade
		Critérios para as intervenções prioritárias	De acordo com os valores, crenças e desejos do doente
			Condição de saúde: processo respiratório comprometido
			Condição de saúde: processo neuromusculoesquelético comprometido
			Condição de saúde: dor
			Condição de saúde: sono/repouso comprometido
			Condição de saúde: estímulo sensorial
			Dependência para o autocuidado

No tema *Intervenções do EEER* delimitou-se uma categoria, três subcategorias e doze unidades de registo, definidas com recurso ao enquadramento legal da profissão, às competências dos enfermeiros especialistas e dos EEER e aos padrões de qualidade em enfermagem de reabilitação, sempre com adequação às narrativas dos EEER. Assim, define-se como subcategorias: *Competências comuns dos enfermeiros especialistas*; *Competências específicas dos EEER*; *Critérios para as intervenções prioritárias*.

4.2.1 Competências comuns dos enfermeiros especialistas

O exercício profissional dos enfermeiros de cuidados gerais pressupõe um conjunto de competências, assim como, para o exercício profissional dos enfermeiros especialistas está definido um conjunto de competências específicas “[...] decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às

necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2011, p. 8649). Deste modo, são quatro os domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Assim sendo, no que se refere à subcategoria *Competências comuns dos enfermeiros especialistas* verificou-se a necessidade de se subdividir em duas unidades de registo, ou seja, em *Responsabilidade profissional, ética e legal* e em *Gestão dos cuidados*, o que vai de encontro às competências comuns do enfermeiro especialista descritas no regulamento 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros publicado em diário da República, 2ª série- nº35 de 18 de fevereiro de 2011.

4.2.1.1 Responsabilidade profissional, ética e legal

Em relação à unidade de registo *Responsabilidade profissional, ética e legal*, nos relatos dos doze enfermeiros podemos observar que os EEER agem de acordo com o código deontológico “Para mim particularmente a sensação de cuidado confortador é traçada com base nos princípios éticos, procurando ajudar a encontrar conforto e satisfação das suas necessidades.” EP1; “É importante ponderar e gerir o conforto versus riscos potenciais para o doente, atendendo sempre aos princípios éticos.” EP1, e que vai de acordo com o referido no regulamento 122/2011 da OE quando este domínio é criado e onde se define como competência específica: “desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção”.

Tendo em conta outra das competências específicas - promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais - foi identificado nos relatos “[...] estamos a induzir expectativas numa pessoa que podem não ser realistas, temos de ter o cuidado quando realizamos esse procedimento e explicar à família as circunstâncias em que vamos retirar e suspender alimentação, etc...[...] é uma das principais intervenções e os fisioterapeutas que trabalham connosco há mais tempo estão muito preparados para ajudar a gerir as expectativas do doente.” EP5. O descritivo desta competência alerta-nos para “uma prática que respeite os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes.”, ou seja, o enfermeiro especialista é responsável por adequar os cuidados à dignidade da pessoa.

4.2.1.2 Gestão dos cuidados

Ser capaz de gerir os cuidados prestados é a base para alcançar os objetivos do tratamento. Assim definiu-se a unidade de registo *Gestão dos cuidados*, através dos achados dos EEER, onde se verifica que estes indicam a gestão dos cuidados como uma intervenção importante na promoção do conforto. Esta gestão de cuidados passa não só pelo desenvolvimento de competências junto dos colegas enfermeiros, mas também pela segurança nos cuidados aos doentes e respetiva família, “[...] ensino aos nossos pares de estratégias para cuidar dos doentes e isso é fundamental, por exemplo, na abordagem de um doente com AVC [...] nota-se frutos no dia a dia, porque os colegas, os doentes e as famílias respeitam e veem ganhos nessas intervenções.” EP5; “Uma intervenção importante no contexto da equipa, nós aqui intervimos muito na equipa, principalmente junto dos enfermeiros generalistas, apesar de todos terem formação em cuidados paliativos, instruí-los sobre as intervenções que nós EEER fazemos, mas que eles podem fazer de modo a existir uma continuidade de cuidados.” EP6. Ou seja, o plano de cuidado só será efetivo com a participação de todos os intervenientes e, para isto, é importante a formação das equipas. Neste domínio da melhoria na qualidade dos cuidados, a OE define como uma das competências específica dos enfermeiros especialistas “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”, presente no regulamento 122/2011 da OE, que vai de encontro às afirmações do EEER, sustentando-as.

4.2.2 Competências específicas dos EEER

Os EEER possuem um conjunto de competências que lhes permite colaborar no processo de doença, bem como na deficiência, nas sequelas decorrentes de acidentes, potenciando a autonomia e a adaptação à nova condição de vida. Assim, emergem dos relatos dos participantes as três unidades de registo definidas para a presente subcategoria deste estudo: *Cuidar pessoas com necessidades especiais*; *Capacitar a pessoa com limitação da atividade e/ou restrição da participação*; *Maximizar a funcionalidade*. Estas unidades de registo vão de encontro ao regulamento das competências específicas do EEER (Regulamento nº 125/2011, 2011).

4.2.2.1 Cuidar pessoas com necessidades especiais

Pelas entrevistas observa-se a preocupação dos EEER com as intervenções especializadas às pessoas com necessidades especiais e, deste modo, emergiu a unidade de registo *Cuidar pessoas com necessidades especiais*. De acordo com esta competência, os EEER avaliam a funcionalidade através de escalas e diagnosticam as limitações e incapacidades para assim aplicarem intervenções sejam motoras, sensoriais ou outras “[...] o levante e o posicionamento terapêutico são indispensáveis, bem como as mobilizações articulares para evitar o risco de imobilidade e rigidez articular. Ainda a cinesiterapia respiratória para não haver secreções a perturbar a sua normal respiração, treino de deglutição para o caso de existir disfagias e uma massagem terapêutica acompanhada de musicoterapia poderá ajudar através do toque e relaxamento.” EL3; “[...] pegando nas competências do EEER, intervenções motoras, respiratórias, cognitivas, da sexualidade [...] na reabilitação a parte respiratória sem duvida posicionar o doente para ter um maior alcance em termos respiratórios, [...] aspirar se for necessário para não haver acumulo de secreção, deixando a pessoa mais confortável [...] EP2; “Treino de equilíbrio, levante, posicionamento, reeducação funcional respiratória, treino de deglutição, agora tudo tem de ser adaptado.” EP5 “[...] portanto uma das intervenções é avaliar as expectativas do doente e adequar os cuidados às suas capacidades.” EP5; “[...] intervenções ao nível da mobilização, são as mais evidentes no controlo da dor associado à imobilidade, é algo com que nos deparamos diariamente apesar de existir um controlo farmacológico que permite diminuir essa dor, a capacidade funcional da pessoa vai diminuindo nesta fase da vida e nós proporcionamos intervenções como sendo, as mobilizações articulares [...] massagem terapêutica, a nível físico notamos melhorias de sintomas, nomeadamente da dor, e isso dá conforto ao doente.” EP6; isto é, todas as intervenções descritas pelas competências e identificadas pelos EEER visam otimizar as funcionalidades da pessoa cuidada como é referido no Regulamento n° 125/2011, 2011.

4.2.2.2 Capacitar a pessoa com limitação da atividade e/ou restrição da participação

A competência *Capacitar a pessoa com limitação da atividade e/ou restrição da participação* é descrita como a análise realizada pelos EEER à limitação da pessoa, implementando intervenções que capacitam a pessoa e famílias para a inserção social, tendo em conta a adaptação à nova condição de saúde seja efetiva, “[...] instruímos a própria pessoa na forma adequada a mobilizar-

se no leito, fazer o seu próprio levantar ainda que com alguma ajuda, instruímos o cuidador, para o englobar nos cuidados [...]” EP6 ; “[...] coisas tão simples como instruir o doente e família no entrar e sair de um automóvel é algo que fazemos e permite conforto ao doente e que, felizmente muitos dos nossos doentes têm alta para casa, e isso permite-lhes alguma vida social e isso permite alguma autonomia não ficando isolados no seu meio.” EP6, ou seja, promover a máxima acessibilidade para a existência de uma vida social o mais ativa possível, o que podemos ver descrito no Regulamento nº 125/2011, 2011.

4.2.2.3 Maximizar a funcionalidade

OS EEER, nos seus relatos, afirmam que todas as intervenções que se implementem em prol da reconstituição do potencial de autonomia serão maximizadoras da funcionalidade. Deste modo, emergiu a unidade de registo *Maximizar a funcionalidade*, neste sentido, os relatos demonstram que os EEER potenciam a função ainda existente na pessoa “[...] o treino de AVD’S para proporcionar independência e alguma autonomia, e cinesiterapia respiratória para melhorar o padrão respiratório para diminuir o desconforto e a sensação de dificuldade respiratória.” EL1; “Sobretudo as intervenções relacionadas com o autocuidado.” EP1, podendo estas intervenções ser de substituição ou de apoio e promoção de autonomia e independência funcional (Órem, 2001; Petronilho, 2012), “Pode ser um simples levantar, ensinar métodos de conservação de energia para que o doente consiga dar passos e levantar-se sem se cansar tanto, a reabilitação funcional respiratória [...] para aumentar a tolerância ao esforço [...]” EP5. A OE descreve intervenções que melhorem as funções corporais e que, consequentemente, melhoram o desempenho cardíaco e motor, isto de acordo com o Regulamento nº 125/2011, 2011.

4.2.3 Critérios para as intervenções prioritárias

Para finalizar, surge a subcategoria *Critérios para as intervenções prioritárias* que se encontra relacionada com os cuidados do EEER às pessoas nas suas diferentes condições de saúde. Assim, definem-se com base nos relatos dos enfermeiros, sete unidades de registo, sendo: *De acordo com os valores, crenças e desejos do doente*; *Condição de saúde: processo respiratório comprometido*; *Condição de saúde: processo neuromusculoesquelético comprometido*; *Condição de saúde: dor*; *Condição de saúde: sono/repouso comprometido*; *Condição de saúde: estímulo sensorial*; *Dependência para o autocuidado*. Este critério de seleção das intervenções prioritárias

vem de encontro ao descrito no Regulamento n.º 350/2015, publicado pela Ordem dos Enfermeiros acerca dos padrões de qualidade em enfermagem de reabilitação.

4.2.3.1 De acordo com os valores, crenças e desejos do doente

Os EEER refletiram sobre o tema e indicam que as suas intervenções devem ser *De acordo com os valores, crenças e desejos do doente*, o que forma mais uma unidade de registo, pois tem muita relevância no conforto da pessoa o facto de esta poder tomar decisões acerca do seu futuro, mediante aquilo que são os seus objetivos e projeto de vida, “A prioridade das intervenções é adequada ao doente em causa no momento e de acordo com os objetivos do doente. Seja um simples levante para cadeira para ir ao jardim ver o sol, seja um posicionamento adequado para conseguir ver o noticiário [...]” EL2; “[...] considero prioritário perceber a vontade [...] do doente para traçar o meu foco de atuação [...]” EP1, ou seja, o doente deverá ter sempre um papel ativo no planeamento das intervenções de acordo com aquilo que ele deseja mediante o seu tempo de vida, “Considero que as prioridades devem ser estabelecidas pelo doente, conforme as suas expectativas e os seus desejos.” EP4 “[...] o que tem de ser valorizado aqui é que as intervenções sejam adaptadas ao doente, à condição do doente e ao tempo de vida do doente [...]” EP5.

Assim, a prioridade de intervenção deverá ser de acordo com o que a pessoa indica que lhe promove mais conforto imediato, como se verifica na expressão: “[...] as minhas prioridades são as prioridades do doente [...] eu falo com o doente da priorização de intervenção, o que denoto é que normalmente são mais valorizadas as de carácter físico, aquelas que proporcionam um bom controlo sintomático [...]” EP6, ou seja, a pessoa tem de ser incluída na decisão do plano de ação, pois é ela que experiencia as intervenções e as pode avaliar como promotoras de conforto, ou não.

4.2.3.2 Condição de saúde: processo respiratório comprometido

Verifica-se nos achados que os EEER intervêm, prioritariamente, quando se deparam com casos de alteração da função respiratória. Deste modo, emerge a unidade de registo *Condição de saúde: processo respiratório comprometido*, ou seja, são aplicadas intervenções que promovem a capacidade respiratória, “[...] é a reabilitação respiratória, através de posicionamento, cinesiterapia respiratória, terapia postural e dissociação de tempos respiratórios, basta isto para ser observada uma melhoria significativa.” EL1; “[...] habitualmente considero mais prioritário

realizar cinesiterapia respiratória para aumento da capacidade pulmonar e melhoria do padrão respiratório [...]” EP4. Estas intervenções são definidas, também, pelas competências dos EEER e pelos padrões de qualidade, onde verificamos a importância da intervenção do EEER na componente respiratória quando esta se encontra alterada.

Estas intervenções, quando aplicadas diariamente e seguindo um plano de cuidados rigoroso, fazem com que exista também uma diminuição das complicações associadas aos internamentos e à melhoria das condições de saúde, pelo que os EEER referem que “A cinesiterapia respiratória, pois neste tipo de internamento existem outros profissionais que trabalham a função motora [...] a nossa intervenção se demonstra uma mais-valia o que se repercute, pelo menos nesta unidade, com uma baixa taxa de incidência de infeções respiratórias.” EL5 “[...] por exemplo num doente respiratório vou considerar prioritário a cinesiterapia respiratória, num doente com comprometimento do sistema respiratório, como por exemplo uma pneumonia da comunidade com secreções, muitas secreções, atelectasias, será trabalhar a parte respiratória.” EL6. Assim, conseguem melhorar a componente respiratória, fazendo com que haja ganhos em saúde relacionados com o sistema respiratório e ocorra uma consequente sensação de conforto.

4.2.3.3 Condição de saúde: processo neuromusculoesquelético comprometido

Devido à fase da doença e à existência de alterações neuromusculoesqueléticas, surge uma nova unidade de registo *Condição de saúde: processo neuromusculoesquelético comprometido*, uma vez que os EEER estão despertos para estas situações e refletido nas suas afirmações “A mobilização articular, o posicionamento [...] são prioridade [...] EL3; “Se for um doente neurológico com problemas a nível motor, sejam hemiparesias, hemiplegias, aí darei mais importância à parte motora.” EL6. “Atendendo à individualização dos cuidados, devemos estar atentos aos casos de mobilização diminuída, a potencial formação de úlceras de pressão, astenia, ocorrência de quedas, (...) reforçando intervenções neste sentido.” EP1.

Estas alterações neuromusculoesqueléticas originam sempre complicações tardias que os EEER podem reverter ou, pelo menos, melhorar em prol do conforto, como sendo as dores decorrentes da espasticidade e contraturas associado à imobilidade pelo que é importante o EEER intervir precocemente para evitar possíveis complicações, facto relatado como intervenção prioritária do EEER, “A motora, óbvio, evitar situações de espasticidade, anquiloses, encurtamentos musculares,

alterações articulares graves que dão desconforto.” EP2 “[...] considero mais prioritário [...] posicionamento de conforto e massagem terapêutica.” EP4.

A disfagia é outra complicação que, se for foco de atenção do EEER, pode causar algum conforto, podendo o EEER adaptar a textura e consistência dos alimentos, capacitar para técnicas de posicionamento adaptadas para uma deglutição facilitada, “[...] as intervenções prioritárias têm de ser avaliadas doente a doente, [...] a deglutição [...]” EP5. Assim, os EEER são interventivos nas complicações do sistema neuromusculoesquelético.

4.2.3.4 Condição de saúde: dor

Quando deparados com uma pessoa com sensação de dor, os EEER intervêm nesse sentido. Melhorar a dor através das suas intervenções, é o objetivo e assim delinea-se a unidade de registo *Condição de saúde: dor*, uma vez que esta se verifica nos achados dos EEER e que consideram que a sua prioridade de intervenção será a dor da pessoa e aplicar as intervenções que provoquem conforto, “[...] um doente com dor, sendo um dos sintomas mais relevantes [...] o posicionamento ideal para o doente não é o posicionamento antispástico para prevenir a espasticidade, mas sim o mais confortável para o doente, descobrindo o posicionamento mais adequado no leito e mesmo no cadeirão [...]” EP6, assim as intervenções que melhoram a dor são indicadas pelos EEER nos seus planos de cuidados e quando questionados sobre o tema indicam como prioridade não provocar dor na pessoa com as suas intervenções, melhorando a qualidade de vida.

4.2.3.5 Condição de saúde: sono/repouso comprometido

O descanso é restaurador e promotor de tranquilidade e consequente conforto, quando este repouso não ocorre pela existência de desconforto deve ser alvo de uma intervenção. Deste modo é definida a unidade de registo *Condição de saúde: sono/repouso comprometido*, que também foi considerada relevante “[...] otimização do padrão de sono e promoção de descanso/relaxamento.” EP1. Sendo assim, para se atingir o conforto, todas as dimensões da pessoa devem ser respeitadas e contempladas no planeamento dos cuidados, ou seja, o sono é importante para que o bem-estar ocorra.

4.2.3.6 Condição de saúde: estímulo sensorial

A estimulação sensorial é importante para que a pessoa cuidada mantenha a sua função sensorial e o EEER colabora neste processo utilizando intervenções compensatórias. Deste modo, surge a unidade de registo *Condição de saúde: estímulo sensorial*, o EEER recorre por exemplo a dispositivos de apoio para que as sensações sejam mantidas. A visão, o toque e os aromas poderão colaborar neste processo, “A sensorial também faz todo o sentido, temos a parte auditiva e visual, temos de estimular [...]” EP2. Deste modo, os EEER utilizam intervenções sensoriais que são um meio de promoção de conforto.

4.2.3.7 Dependência para o autocuidado

Com o envelhecimento da população e considerando o elevado nível de dependência nestas unidades, fará todo o sentido definir-se a unidade de registo *Dependência para o autocuidado*, pois verifica-se que os EEER valorizam o autocuidado e a promoção do mesmo em prol do conforto “[...] na prática, geralmente surgem necessidades de intervenção relacionadas com os autocuidados (alimentação, uso do sanitário...)” EP1 “[...] o levantar, a realização dos cuidados de higiene no wc, o tentar ajudar no autocuidado de modo a ser mais autónomo possível, a mobilização no leito.” EP5. Assim, o papel do EEER é colaborar na satisfação das necessidades do doente relativas aos diversos domínios do autocuidado promovendo a sua máxima independência e autonomia.

4.3 Comparação entre UCP e ULDM quanto aos principais temas em estudo

Considerando a frequência com que emergiram dos dados as unidades de registo referidas pelos EEER a exercer a sua atividade profissional em cada contexto de cuidados: UCP e ULDM procedemos à comparação entre as duas unidades de cuidados no que se refere a cada um dos temas em estudo de modo a percebermos as principais diferenças e semelhanças entre cada um dos contextos, bem como as dimensões mais valorizadas pelos respetivos EEER.

4.3.1 Cuidado confortador

O quadro 3 permite analisar a frequência de unidades de contexto para cada unidade de registo de acordo com a unidade de cuidados, para o tema *Cuidado confortador*.

Quadro 3. Unidades de contexto para cada unidade de registo de acordo com a unidade de cuidados, para a categoria Cuidado Confortador

Unidades de registo do tema - Cuidado confortador -	Frequência de Unidades de contexto	Frequência em UCP	Frequência em ULDM
Alívio	8	4	4
Tranquilidade	4	3	1
Transcendência	2	2	0
Físico	11	10	1
Psicoespiritual	9	8	1
Sociocultural	5	5	0
Ambiental	2	2	0
Intervenções para melhorar a qualidade de vida e proporcionar bem-estar	8	5	3
Intervenções para minimizar o impacto da doença no doente e família	5	3	2
Intervenções que visam aumentar o conforto do doente	8	5	3
Intervenções que não visam a melhoria da condição de saúde	1	0	1
Intervenções que não provocam dor, física, psicológica e espiritual	4	3	1
Cuidado que vai de encontro ao que o doente pretende	7	4	3
Estabelecer relação empática	1	0	1
Comunicação	6	1	5
Motivação/transmissão de energia	1	0	1
Envolvimento da equipa multidisciplinar	3	3	0
Condição e resultado do cuidar	9	1	8

Através da análise do quadro 3 ressalta que, na globalidade, os EEER referem o conforto como sendo uma sensação de conforto e têm em conta o conforto *físico* e o *psicoespiritual* como as dimensões onde o conforto é experienciado. Os EEER indicam que o cuidado confortador é, significativamente, causado pelas intervenções que visam a melhoria da qualidade de vida e proporcionam bem-estar e as intervenções que visam aumentar o conforto. Desta forma, o cuidado confortador para os EEER deve ser aquele *que vai de encontro ao que o doente pretende* e ser a *condição e o resultado do cuidar*, sem esquecer a importância da comunicação.

Analisando os relatos dos EEER a exercer funções na UCP, observa-se que referem que o conforto é: *o alívio, a transcendência e a tranquilidade* e consideram mais os aspetos *físicos* e *psicoespirituais* do conforto. Referem que as suas intervenções são mais direcionadas para a qualidade de vida e a promoção do bem-estar e descrevem o cuidado confortador como o que o doente pretende, afirmando que o trabalho de equipa e o envolvimento da equipa multidisciplinar como requisitos necessários para a promoção do conforto efetivo.

Atendendo aos EEER na ULDM, verifica-se que, em consonância com os EEER das UCP, descrevem o conforto como sendo o alívio de dor ou desconforto, que são percecionados na dimensão física e psicoespiritual, considerando o cuidado confortador como a aplicação de todas *as intervenções que visam melhorar a qualidade de vida e proporcionam conforto*, sendo o cuidado confortador o *resultado do cuidar em enfermagem*.

Passando à análise de cada unidade de registo individualmente, verifica-se que, relativamente à unidade de registo *alívio* e, independentemente do local de trabalho são quatro os relatos onde se observa que o cuidado confortador é sinónimo de um cuidado de *alívio* para os EEER. Em relação à *tranquilidade* verifica-se que três EEER da UCP a relatam e apenas existe uma referência na ULDM. Já a *transcendência* é mencionada apenas por dois EEER que exercem cuidados em UCP.

Relativamente aos diversos *contextos onde se experienciam os cuidados de conforto*, observa-se pelos relatos que os EEER das UCP referem em dez relatos que o aspeto físico proporciona conforto, igualmente referido por um EEER das ULDM. No que concerne ao aspeto *psicoespiritual*, contabilizam-se oito relatos nas UCP e um nas ULDM, relevando a importância das UCP na promoção desta dimensão do conforto. O aspeto *sociocultural* é apenas referido nos relatos dos EEER a exercer funções em UCP, assim como o contexto *ambiental* que é referido por dois EEER desta tipologia de cuidados.

Atendendo às *Intervenções promotoras de conforto* relatadas pelos EEER, observa-se que relativamente aos relatos considerados nas *Intervenções para melhorar a qualidade de vida e proporcionar bem-estar*, do total de oito, cinco relatos encontram-se referenciados por EEER a exercer em UCP e três em ULDM. Ainda foram referidos relatos que vão de encontro à unidade de registo *Intervenções para minimizar o impacto da doença no doente e família* onde se verifica a referência por parte de cinco EEER, em que três achados pertencem a profissionais das UCP e

dois achados foram referidos por enfermeiros das ULDM. Já para a unidade de registo *Intervenções que visam aumentar o conforto do doente*, cinco relatos são efetuados por EEER das UCP e três obtidos pelos achados dos EEER das ULDM. Um dos achados obtidos na ULDM dá lugar a uma unidade de registo *Intervenções que não visam a melhoria da condição de saúde*, não tendo sido referido pelos EEER das UCP. Para as *Intervenções que não provocam dor física, psicológica e espiritual* foram registados quatro achados, três nas UCP e um referido por EEER na ULDM.

Relativamente aos *Requisitos/caraterísticas do cuidado confortador*, para a unidade de registo *Cuidado que vai de encontro ao que o doente pretende*, dos sete achados obtidos, quatro foram referidos por EEER das UCP e três por EEER das ULDM. Para a unidade de registo *Estabelecer relação empática* apenas existe um achado e obteve-se na ULDM. Ainda na mesma subcategoria, verifica-se a importância da unidade de registo *Comunicação* por ter sido referida seis vezes, uma por EEER da UCP e cinco pelos EEER das ULDM. Abordada apenas por um EEER da ULDM, a *Motivação/transmissão de energia* demonstra importância no cuidado confortador. O *Envolvimento da equipa multidisciplinar* é um tema importante para os EEER uma vez ter sido referido em três das doze entrevistas. O cuidado confortador é mencionado como uma *Condição e resultado do cuidar* por nove EEER em que um exerce funções em UCP e os restantes oito são das ULDM.

4.3.2 Nas intervenções do EEER

Da análise do quadro 4 podemos verificar a presença das unidades de contexto em cada unidade de registo do tema *Intervenções dos EEER*.

Quadro 4. Unidades de contexto em cada unidade de registo da categoria Intervenções dos EEER

Unidades de registo do tema 2 - Intervenções dos EEER -	Frequência de Unidades de contexto	Frequência em UCP	Frequência em ULDM
Responsabilidade profissional, ética e legal	5	4	1
Gestão dos cuidados	4	3	1
Cuidar pessoas com necessidades especiais	15	9	6
Capacitar a pessoa com limitação da atividade e/ou restrição da participação	5	5	0
Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	4	2	2
De acordo com os valores, crenças e desejos do doente	8	6	2
Condição de saúde: processo respiratório comprometido	10	5	5
Condição de saúde: processo neuromusculoesquelético comprometido	6	4	2
Condição de saúde: dor	2	2	0
Condição de saúde: sono/repouso comprometido	1	1	0
Condição de saúde: estímulo sensorial	1	1	0
Dependência para o autocuidado	2	2	0

Perante os dados obtidos, verifica-se que os EEER, no geral, indicam que as suas intervenções são sempre baseadas na *Responsabilidade profissional, ética e legal*, centradas no *Cuidar pessoas com necessidades especiais* e que intervêm *De acordo com os valores, crenças e desejos do*

doente e quando se deparam com a *Condição de saúde: processo respiratório comprometido* e *Condição de saúde: processo neuromusculoesquelético comprometido*.

Procedendo a uma análise por cada tipologia de cuidados, os EEER das UCP referem, fundamentalmente, que as suas intervenções vão de encontro à *Responsabilidade profissional, ética e legal*, cuidando na sua maioria de *peessoas com necessidades especiais* e as suas intervenções são focadas nos valores, crenças e desejos do doente. Intervêm principalmente quando se deparam com a *Condição de saúde: processo respiratório e neuromusculoesquelético comprometidos*, intervindo também na dor, no sono, nas sensações e na promoção dos autocuidados.

Atendendo aos EEER a exercer nas ULDM, verifica-se que, assim como os EEER a exercer nas UCP, descrevem que as suas intervenções são centradas no *Cuidar pessoas com necessidades especiais* e que *as suas intervenções vão de encontro aos valores, crenças e desejos do doente* quando se deparam com a *Condição de saúde: processo respiratório comprometido*, intervindo, prioritariamente, nesta dimensão.

Analisando especificamente cada unidade de registo, as intervenções referidas nas competências comuns dos enfermeiros especialistas e que são mencionadas nas entrevistas aos EEER, cinco referem que a *Responsabilidade profissional, ética e legal* deve ser tida em conta quando deparados com doentes em fase terminal, sendo citado por quatro EEER em UCP e um em ULDM. E é referida ainda nesta subcategoria a unidade de registo *Gestão dos cuidados*, pelo facto de ser abordada nas entrevistas de quatro EEER, em que aparecem três achados nas UCP e um em ULDM.

Relativamente à subcategoria *Competências específicas dos EEER*, pelos achados verificou-se a importância da criação da unidade de registo *Cuidar pessoas com necessidades especiais*, em que é mencionada quinze vezes nos relatos dos EEER, sendo nove relatos pelos EEER nas UCP e seis nas ULDM. Já para a unidade de registo *Cuidar pessoas com necessidades especiais* observa-se que cinco foram os achados e todos referidos pelos EEER a exercer funções nas UCP, não existindo referência dos EEER das UCP. No que se refere à unidade de registo definida como *Maximizar a funcionalidade* desenvolvendo as capacidades da pessoa, o número de achados é exatamente o mesmo, sendo dois proferidos por EEER das UCP e dois por EEER das ULDM.

Atendendo ao referido pelos participantes na subcategoria *Crítérios para as intervenções prioritárias*, verifica-se que estes valorizam os desejos e vontades dos doentes, como se observa nos relatos da unidade de registo *De acordo com os valores, crenças e desejos do doente* onde oito enfermeiros referem ser importante incluir o doente nas decisões do plano de cuidados, sendo afirmado por seis EEER em UCP e por dois em ULDM. Para a descrição da unidade de registo *Condição de saúde: processo respiratório comprometido*, dez foram os relatos obtidos para a sua definição, onde não existe diferença no número de achados, uma vez que cinco foram os relatos na UCP assim como na ULDM.

No que se refere à *Condição de saúde: processo neuromusculoesquelético comprometido*, seis relatos afirmam como intervenção para melhorar o conforto da pessoa em que é referido quatro vezes pelos EEER em UCP e duas pelos EEER das ULDM. Dois EEER que trabalham nas UCP referem que no seu contexto clínico dão relevo à *Condição de saúde: dor* quando aplicam as suas intervenções, assim como um EEER do mesmo contexto da prática que afirma que a *Condição de saúde: sono/repouso comprometido* deve ser incluída no plano de cuidados, bem como um reflete sobre a importância da *Condição de saúde: estímulo sensorial* e dois referem a *Dependência para o autocuidado*, sendo que nestas três unidades de registo não se encontram descrições dos EEER das ULDM.

Após a apresentação e tratamento dos dados obtidos, serão discutidos os resultados no próximo capítulo.

As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção

Capítulo V – Discussão dos Resultados

As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção

Capítulo V – Discussão dos Resultados

Neste capítulo procede-se à discussão dos resultados com recurso à legislação em vigor e ao conhecimento produzido na área do fenómeno em estudo. A discussão dos resultados obtidos inicia-se a partir do conceito de cuidado confortador, seguido das intervenções específicas que os EEER sugerem como prioridade no contexto das suas intervenções de enfermagem de reabilitação e que se tornam confortadoras quando implementadas. Assim, após a análise e tratamento dos dados, apresenta-se agora separadamente a discussão dos resultados relativos aos dois temas principais do estudo, bem como as respetivas categorias e subcategorias que emergiram dos relatos dos participantes.

5.1 Significado de cuidado confortador

No que se refere à primeira categoria em análise - *Significado do cuidado confortador* - diversas foram as respostas obtidas dos EEER. Estes referem dezoito significados possíveis para cuidado confortador, que vão de encontro à literatura descrita no enquadramento teórico. Para simplificação da discussão, separa-se a mesma em subcategorias.

5.1.1 Dimensões do conforto

Nas definições de cuidado confortador dos EEER podem observar-se relatos de que cuidado confortador pode ser entendido como o cuidado promotor de alívio e tranquilidade sendo o resultado do cuidar em enfermagem, pois é uma intervenção individualizada, subjetiva e que transmite paz. Em síntese, é todo o cuidado de enfermagem que proporciona conforto, bem-estar e qualidade de vida à pessoa e à sua família.

Os EEER entrevistados, quando questionados acerca do significado de cuidado confortador, afirmam que a transmissão de paz, a sensação de tranquilidade e a calma, decorrente da prestação de cuidados de enfermagem, são promotores de bem-estar, qualidade de vida e conforto, sensações que também foram referidas na obra de Kolcaba (2003).

O conforto pode ser determinado em três vertentes segundo as respostas dos EEER: *alívio*, *tranquilidade* e *transcendência*. Neste sentido, pode-se afirmar que a intervenção do enfermeiro

em cuidados paliativos conforta, se esta estiver a ser desenvolvida no contexto holístico dos cuidados, tendo como objetivo, proporcionar conforto (Kolcaba, 2003; Apóstolo, 2009).

Pelo conteúdo das unidades de registo que emergiram desta subcategoria, verifica-se que o conforto é a satisfação das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência, decorrentes de situações promotoras de stress nos cuidados de saúde, o que vai de encontro ao estudo de Down (2004).

5.1.2 Contextos em que o conforto é experimentado

Remontando aos escritos de Florence Nightingale (1859), a pessoa, a saúde, o ambiente e o cuidado de enfermagem serão as dimensões que devem estar presentes nos cuidados de enfermagem, cuidados estes que devem contribuir para que a pessoa alcance um nível elevado de harmonia entre a alma, o corpo e o espírito, o que facilitará os processos de transição e trará a obtenção de conforto total.

A opinião dos participantes corrobora estes significados pelo que se pode inferir que o conforto é uma experiência individualizada e subjetiva, onde os sujeitos experienciam vivências físicas, psíquicas, espirituais, emocionais e sociais, sendo ao mesmo tempo uma sensação de alívio da dor e do desconforto, como refere Siefert (2002) e Kolcaba (2003), associando a conforto a ausência de dor e/ou desconforto.

Sendo o conceito de conforto subjetivo, o que é reforçado nos relatos dos participantes no estudo, vai ser definido e percecionado por cada pessoa, de modo individual e singular, pois pode-se sentir conforto físico, psíquico, emocional, social e espiritual e nem todo o cuidado causa o mesmo tipo de reação na pessoa (Oliveira 2006).

5.1.3 Intervenções promotoras de conforto

Apesar de escassa literatura acerca do tema, o conhecimento disponível comprova a importante intervenção dos EEER nos doentes internados nas UCP e ULDM, sendo essa importância visivelmente descrita “[...] temos de ver o cliente como um ser único com crenças e valores e expectativas próprias e o cuidado tem de ir de encontro ao que o doente pretende e isso é que vai proporcionar conforto no doente [...] EL6.

Os EEER entrevistados referem nas suas entrevistas que o cuidado de enfermagem é um cuidado promotor de conforto, afirmação que se observa em todas as publicações de Kolcaba referenciadas neste estudo. Verificou-se que identificam o “*Comfort Care*” como todos os cuidados de enfermagem que visem o conforto, sendo reconhecido como boas práticas de enfermagem a promoção do conforto, bem como, o conforto é definido como a satisfação das necessidades básicas humanas, o que vai de encontro ao estudo de Gomes (2010). Este autor refere que todos os cuidados de enfermagem são considerados como cuidado confortador quando aplicados em doentes em fase terminal.

Quando abordados sobre o conceito de cuidado confortador os EEER referem que o cuidado confortador são todos os cuidados que visem promover qualidade de vida, independentemente do estadio da doença, e uma das definições mais referidas é que proporcionam uma melhoria da qualidade de vida e promoção de bem-estar, definição esta sobreponível a Neves (2000), Kolcaba (2003), Dowd (2004), Oliveira (2006), Neto (2010), Sapeta (2011).

As intervenções de enfermagem devem ter como objetivo o conforto da pessoa, ou seja, o significado de conforto é a ausência de dor, e o desconforto a presença de dor, daí o conceito de conforto, na globalidade das situações da prática, ser um conceito complexo de definir, pois é concebido e definido pelos profissionais de diferentes modos, pela sua singularidade e individualidade, assim como referem diversos autores (Kim & Kwon, 2007; Siefert, 2002; Oliveira, 2006).

5.1.4 Requisitos/caraterísticas do cuidado confortador

O conceito de Cuidado Confortador tem significância para os EEER, pois, segundo as suas narrativas, referem que “Cuidado confortador é o conjunto de todas as intervenções que delineamos e intervimos em função do conforto, não de forma isolada, mas um conjunto delas que vão proporcionar conforto ao doente, de modo a que ele se sinta amplamente confortável. É assim que o defino.” EP6. Assim, como é referido por Kolcaba (2006), o cuidado confortador é todo o cuidado que tenha o intuito do confortar em enfermagem, como se verifica por outros conceitos atribuídos pelos EEER.

A noção da subjetividade do conceito de cuidado confortador foi, também, explicitada por Kim & Kom (2007, p.4) no seu estudo, onde é referido como um conceito “subjetivo, ambíguo, mutável e não é claramente definido” pois é vivenciado individualmente, como referem os entrevistados quando citam que o cuidado confortador deve ir de encontro às expectativas, crenças e valores das pessoas. Também Lopes (2006) refere que o cuidado confortador é direcionado para a pessoa como um ser único e singular e este cuidado deve ser dirigido, também, à sua família.

Na pessoa que vivencia o processo de fim de vida, os seus objetivos são, principalmente, aliviar o sofrimento físico, espiritual, psíquico e emocional, onde todas as intervenções deverão ser centradas nas necessidades individuais de conforto e qualidade de vida manifestadas pela pessoa como benéficas.

Neste sentido, todas as intervenções de enfermagem em cuidados paliativos visam o cuidado de conforto, uma vez que o processo de morrer desenvolve nas pessoas sentimentos de medo e vulnerabilidade, pelo que os profissionais de saúde devem recorrer a medidas, convencionais ou não, adaptando as intervenções à pessoa, às suas necessidades e à fase da doença em que se encontra, para que se consiga que o doente beneficie e se sinta confortável.

Deste modo, os EEER indicam o conforto como a promoção de qualidade de vida “[...] todas as intervenções do enfermeiro especialista que [...] promovam bem-estar e qualidade de vida.” EP4, devendo o cuidado confortador ser centrado na individualidade e na noção de qualidade de vida da pessoa, como referem Sapeta e Lopes (2007), Gomes (2008), Neto (2010) e Ribeiro (2012).

A obtenção de conforto da pessoa advém das intervenções dos enfermeiros, o que se verificou nos relatos dos EEER “Outro aspeto importante para o cliente se sentir confortável antes de qualquer intervenção, o importante é criarmos uma relação empática [...]” EL6. Estes definem cuidado confortador como o cuidado de enfermagem promotor de conforto, o que se verifica também na opinião de Magalhães (2009) ao afirmar que, quando estamos a praticar intervenções à pessoa que lhe transmitem disponibilidade, escuta, empatia e compaixão, podemos garantir que se obteve conforto efetivo.

Proporcionar à família da pessoa internada apoio e conforto emocional, são os objetivos finais quando se tenciona promover conforto, mas para que este conforto seja pleno, os profissionais

têm de comunicar eficazmente com a pessoa em fim de vida e com a sua família, de modo a conhecer as suas vontades e desejos, e isto é referido pelos EEER nas suas descrições “[...] e para se confortar deve-se comunicar com o doente.” EP1. Esta intervenção é fundamental para todos se sentirem confortáveis (Neves, 2000; Twycross, 2003; Neto, 2010).

O cuidado confortador é entendido pelos profissionais participantes neste estudo e por Pimenta (2010), como um cuidado onde é necessário aceitar a pessoa individualmente e para a qual é necessário traçar um plano de cuidados combinado entre a equipa multidisciplinar e aceite pela pessoa na sua singularidade, bem como, pela família, o que também foi descrito por Neto (2010), ou seja, para existirem cuidados paliativos, é necessário o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar.

No relato dos EEER verifica-se a importância do trabalho em equipa “[...] os cuidados de enfermagem e de toda equipa, nunca podemos esquecer, a enfermagem sem a restante equipa não consegue prestar cuidados de conforto com qualidade por si só, é necessária toda a equipa para o conforto total do doente e da família.” EP5, opinião que vai de encontro ao estudo de Amendoeira (2006), onde indica que o enfermeiro demonstra a sua identidade profissional, produz maior conhecimento científico levando ao aumento da responsabilidade nos cuidados e, consequentemente, a uma maior autonomia nas atividades do profissional de enfermagem quando se afirma na equipa multidisciplinar.

Para os EEER o conforto deverá ser o resultado das intervenções de enfermagem “Confortar, deveria ser o resultado de cuidar [...]” EP1. Esta noção de conforto nasceu em 1980 por Morse e em 1990 por Kolcaba, sendo estudada aprofundadamente por Kolcaba, durante anos. As duas autoras afirmam que as intervenções de enfermagem são as ações de confortar e o conforto é o resultado que se pretende dessas ações.

5.2 Intervenções associadas ao “cuidado confortador” implementadas pelos EEER

Atendendo ao segundo tema de estudo, *Intervenções associadas ao “cuidado confortador” implementadas pelos EEER*, as respostas dos EEER foram muito variadas, tendo sido encontradas vinte intervenções de enfermagem consideradas como promotoras de conforto: *Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Prestação e Gestão de Cuidados; Desenvolvimento Profissional;*

Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados; Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade; Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento; Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações; Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas; Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de optimizar e ou reeducar as funções; Avalia os resultados das intervenções implementadas; Elabora e implementa programa de treino de AVD's; Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social; Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório; Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório.

5.2.1 Competências comuns dos enfermeiros especialistas

O conforto tende a ser um resultado dos cuidados de enfermagem, tornando-os mais dignos e humanizados, tendo sempre por base princípios éticos, proporcionando medidas que visem o alívio do sofrimento e a melhoria de qualidade de vida.

Pelas afirmações dos EEER, verifica-se que promovem conforto com as suas intervenções regendo-se pelo código deontológico “Para mim particularmente a sensação de cuidado confortador é traçada com base nos princípios éticos, procurando ajudar a encontrar conforto e satisfação das suas necessidades.” EP1, o que vai de encontro ao referido pela OE (2010). Assim, observa-se que o enfermeiro especialista orienta o seu exercício profissional, antes de mais, pelas competências de enfermeiro de cuidados gerais, no entanto, tem presente as competências específicas, nomeadamente, na responsabilidade profissional, na ética, na melhoria da qualidade dos cuidados, bem como na gestão das intervenções e no desenvolvimento dos conhecimentos e habilidades profissionais específicos.

Assim, o enfermeiro especialista é o profissional de saúde que possui conhecimentos científicos aprofundados em relação a uma área específica da enfermagem, com base na condição humana ao longo do ciclo de vida, na adaptação à condição de saúde e que exige tomada de decisão especializada ancorada em competências especializadas num campo de intervenção, ou seja, intervem através de “uma prática que respeite os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes”. O enfermeiro especialista adequa os cuidados à dignidade da pessoa.

No que se refere à gestão dos cuidados, inscrito nas competências dos enfermeiros especialistas e citado nas entrevistas “[...] às vezes os colegas necessitam de orientação, também é necessário.” EL4, igualmente referido no regulamento 122/2011 da OE p.4 “uma gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco”.

5.2.2 Competências específicas dos EEER

Relativamente às competências do EEER foram três as competências descritas no regulamento e que foram referidas pelos EEER. Assim sendo, relativamente ao *Cuidar de pessoas com necessidades especiais* verificamos que os EEER indicam “[...] o objetivo não é reabilitar, mas mantê-la [a pessoa] funcional nas incapacidades que tem [...]” EP2 e pode ser exemplo a intervenção “[...] portanto uma das intervenções é avaliar as expectativas do doente e adequar os cuidados as suas capacidades.” EP5, e que aplicam diversas intervenções “[...] o levante e o posicionamento terapêutico são indispensáveis, bem como as mobilizações articulares para evitar o risco de imobilidade e rigidez articular. Ainda a cinesiterapia respiratória com o objetivo de manter as vias aéreas permeáveis, permitindo uma respiração eficaz, treino de deglutição para o caso de existir disfagias, prevenindo a aspiração, e massagem terapêutica acompanhada de musicoterapia, poderá ser promotor de conforto.” EL3, tudo em prol do conforto da pessoa cuidada. Estes cuidados são mencionados nas competências específicas do EEER (Regulamento nº 125/2011, 2011), que se baseiam em “Cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de prática de cuidados; capacitar a pessoa com

deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximizar a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa”. É notória a concretização por parte dos EEER, das suas competências pelo que descrevem nas suas entrevistas.

Relativamente à competência dos EEER *Capacitar a pessoa com limitação da atividade e/ou restrição da participação* que emergiu do referido pelos EEER quando referem que capacitam a pessoa e a família promovendo adaptação à nova condição de saúde, assim, “[...] instruímos a própria pessoa na forma adequada a mobilizar-se no leito, fazer o seu próprio levantar ainda que com alguma ajuda, instruímos o cuidador, para o englobar nos cuidados [...]” EP6. O EEER encontra-se envolvido em todas as fases do ciclo de vida e a sua intervenção inicia-se nos cuidados preventivos, em caso de doença ou acidente, na reabilitação e em todas as fases que implicam a adaptação a uma nova condição de saúde. Assim sendo, a enfermagem de reabilitação está presente em todas as fases de transição e de adaptação humana a novos processos de vida e é adaptável a todo o ciclo de vida e a todas as condições de saúde, desde a prevenção de incapacidades até à intervenção na promoção de conforto em fim de vida (Hoeman, 2000).

Maximizar a funcionalidade da pessoa é também reconhecida como uma competência do EEER e referido nas suas entrevistas “Sobretudo as intervenções relacionadas com o autocuidado.” EP1. Significa que os EEER intervêm na reconstrução da autonomia e independência funcional, aspetos descritos no regulamento da OE supracitado.

5.2.3 Critérios para as intervenções prioritárias

Nos resultados obtidos das referências dos EEER, verifica-se que estes estabelecem critérios para definir a prioridade das intervenções “Considero que as prioridades devem ser estabelecidas pelo doente, conforme as suas expectativas e os seus desejos.” EP4. Em relação às intervenções prioritárias do EEER, estes afirmam que visam a construção e a concretização dos objetivos dos cuidados de enfermagem, incluindo e consultando o doente no planeamento dos cuidados, reconhecendo-o este individualmente, com o direito de decidir e aceitar o plano de intervenção e os seus objetivos em conjunto com os profissionais, aspetos estes referidos por Pimenta (2010).

Assim, o EEER transmite confiança, empatia e segurança, através das suas intervenções “[...] o que tem de ser valorizado aqui é que as intervenções sejam adaptadas ao doente, à condição do doente e ao tempo de vida do doente [...]” EP5, igualmente indicado por Sapeta (2011). As pessoas sentem esse conforto através da relação de confiança nos cuidados, reorganização na qualidade de vida e aceitação do estado de saúde, só assim o cuidado é efetivamente confortador, em todas as suas dimensões, tudo isto em prol dos objetivos do doente e família.

As descrições das intervenções praticadas pelos participantes são muito coerentes entre si, como se pode observar pelos dados, pois obtêm-se exemplos de *Condição de saúde: processo respiratório comprometido* e a *Condição de saúde: processo neuromusculoesquelético comprometido* referenciado pelos EEER, independentemente da tipologia de cuidados. Como exemplo, os EEER intervêm, prioritariamente, quando se deparam com casos de alteração da componente respiratória “[...] é a reabilitação respiratória, através de posicionamento, cinesiterapia respiratória, terapia postural e dissociação de tempos respiratórios, basta isto para ser observada uma melhoria significativa.” EL1, e na *Condição de saúde: processo neuromusculoesquelético comprometido* “A motora, óbvio, evitar situações de espasticidade, anquiloses, encurtamentos musculares, alterações articulares graves que dão desconforto.” EP2. Estas dimensões relativamente às alterações da condição de saúde vêm descritas no enquadramento concetual da profissão, sendo referida a participação do EEER na melhoria dos padrões de vida, com uma ação profissional dirigida à prevenção de complicações.

Quando existem situações dolorosas, os EEER também interferem de modo a promover o conforto. Podemos assim referir que, nos doentes em fase terminal, ao diminuir a dor, estamos a praticar cuidados paliativos de qualidade.

Assim, os EEER referem que os cuidados de conforto propõem minimizar o impacto da doença e promover bem-estar geral, denotando-se como sendo uma preocupação dos profissionais de saúde nos contextos clínicos estudados. Considera-se então, a palição como o alívio do sofrimento da pessoa e a ação paliativa como medida terapêutica que tem como objetivo diminuir as repercussões negativas da doença sobre o conforto geral da pessoa, sem intenção curativa (PNCP, 2010).

5.3 Comparação entre as tipologias de cuidados em estudo

Verifica-se que as intervenções que advêm dos achados das entrevistas analisadas estão de acordo com o que a OE prevê, como sendo as competências do Enfermeiro Especialista, do EEER, os Padrões de Qualidade da Enfermagem de Reabilitação, ancorado no Regulamento nº 125/2011, que regulamenta as intervenções do EEER. No entanto, não se encontraram documentos publicados para efetivar as intervenções do EEER associadas à sua intervenção enquanto promotor de conforto, pelo que se admite que a elaboração do presente estudo dê um contributo modesto para a produção de conhecimento relacionado com o fenómeno em estudo.

Considera-se que, através do verificado com a análise e tratamento dos dados obtidos com os autores de referência, os EEER participantes no estudo têm presente o conceito de cuidado confortador na prestação de cuidados desenvolvem as suas práticas de acordo com as suas competências e os padrões de qualidade em enfermagem, e que priorizam as suas intervenções com base na vontade das pessoas em fim de vida, como é preconizado pelo PNCP (2010).

Ainda assim, e de acordo com os relatos dos EEER verifica-se que, apesar de todos considerarem o cuidado confortador como um cuidado que promove o conforto, divergem nas restantes definições, pois os EEER em ULDM relatam, na sua maioria, o cuidado confortador como uma condição obrigatória do cuidar em enfermagem e que, através da comunicação eficaz, os EEER preocupam-se com o cuidado que vai ao encontro da vontade do doente. Já os EEER a exercer funções em UCP, quando questionados sobre o mesmo tema, valorizam mais o trabalho em equipa para a obtenção de alívio, tranquilidade e transcendência, sentidas em todas as vertentes – física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, através de intervenções que visam diminuir o impacto da doença e melhorar o conforto da pessoa e família, o que pode ser explicado em parte pela missão e objetivos das UCP e ULDM.

No que diz respeito à diferenciação entre a definição de cuidados de enfermagem de reabilitação de conforto nas diversas unidades de cuidados, denota-se que os EEER, independentemente do seu contexto de trabalho – UCP ou ULDM - consideram o cuidado confortador uma dimensão fundamental nas suas intervenções e têm conhecimento sobre o tema, indo ao encontro da definição de cuidado confortador pelos autores de referência, na sua globalidade.

Verifica-se também que os EEER a exercer em UCP identificam intervenções mais vocacionadas para o bem-estar, ao descrever ações interventivas na *Condição de saúde: sono/repouso comprometido; Condição de saúde: estímulo sensorial; Dependência para o autocuidado e Capacitar a pessoa com limitação da atividade e/ou restrição da participação*. Estas intervenções não são identificadas nos relatos dos EEER das ULDM.

Terminada a discussão dos resultados verifica-se que não há diferenciação significativa na priorização de intervenção dos EEER nas duas tipologias em estudo. Podemos inferir algumas razões para esta evidência. Desde logo, a formação formal que possuem estes profissionais - todos possuem o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação - o que determina um perfil de competências profissionais específicas, mas comuns. Outra razão que nos parece ter fundamento é o facto da condição de saúde dos doentes internados em ambas as tipologias de cuidados - UCP e ULDM - ser caracterizada por grande vulnerabilidade, co-morbilidades crónicas, declínio muito acentuado da funcionalidade e elevados quadros de dependência com reduzido potencial de reconstrução de autonomia. Significa que as necessidades de cuidados destes doentes estão significativamente centradas na prevenção de complicações, na promoção do conforto, na satisfação de necessidades fundamentais (substituição nas atividades do autocuidado), nos aspetos emocionais como, por exemplo, na promoção dos processos de luto quer do doente quer da sua família. Por último, as UCP disponibilizam um número de vagas muito insuficiente para as necessidades atuais, tendo em conta a grande dimensão do fenómeno associado às pessoas que carecem de cuidados paliativos, o que leva a que um número significativo de doentes com critérios de admissão nas UCP seja encaminhado para as ULDM. Para se ter uma real dimensão do problema de acessibilidade às UCP, em 31 de dezembro de 2016, a nível nacional, o número de vagas em UCP era 278. Este valor representava apenas 1,9% do total de vagas disponíveis na RNCCI (14.664). Em contrapartida, o número de camas disponíveis em ULDM, no mesmo período, contabilizava 4.723, sendo esta a tipologia de internamento com maior capacidade de lugares, representando 32,2% do total de vagas disponíveis na RNCCI (Relatório de Monitorização da RNCCI de 2016 - ACSS, 2017).

Após esta discussão surgem algumas questões pertinentes acerca dos achados obtidos:

- Poderá afirmar-se que intervenções com a intencionalidade de promover maior autonomia e independência no domínio do autocuidado são pouco referidas pelos EEER, porque os doentes referenciados para as tipologias em estudo não têm potencial de reabilitação ou este é muito reduzido?
- Justificar-se-á a existência de dois contextos de cuidados distintos - UCP e ULDM - uma vez que, pelo que nos descrevem os EEER, as suas intervenções são muito similares em termos de cuidados prestados nas duas tipologias de cuidados e, por conseguinte, pelo facto de haver também semelhanças ao nível da condição de saúde dos doentes internados nos dois contextos clínicos?
- Do ponto de vista da decisão clínica, quais são os desafios e dificuldades colocadas às equipas referenciadoras da RNCCI no que diz respeito aos critérios de referência, quando há necessidade de referenciar os doentes para estas duas tipologias de cuidados, uma vez que a condição de saúde parece significativamente semelhante entre si?
- No momento da referência para a RNCCI, quando não existem vagas para admissão de doentes com critérios de admissão em UCP, estes doentes em fase de doença prolongada e com necessidade de acompanhamento de maior intensidade, não sendo viável a sua referência para o domicílio com suporte das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (domiciliação dos cuidados), são encaminhados para as ULDM?
- Em termos de rácios enfermeiro/doentes será que as ULDM deveriam ser dotadas de um maior número de profissionais, uma vez que se acredita que os cuidados aos doentes nas duas tipologias de cuidados são similares e caracterizados igualmente por grande intensidade?

Deixam-se estas questões para reflexão e, julgamos nós, com potencial para futuras investigações.

Após a discussão dos dados, apresentam-se, no próximo capítulo, as principais conclusões.

Capítulo VI – Conclusões

As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção

Capítulo VI – Conclusões

Emergiu deste estudo que a intervenção do EEER, enquanto promotora de conforto, fornece um contributo importante para a melhoria da qualidade de vida das pessoas internadas nas tipologias de cuidados da RNCCI que foram objeto deste estudo – UCP e ULDM.

Passa-se à análise de cada objetivo de estudo e apresentam-se as principais conclusões:

- **Explorar o significado atribuído ao “cuidado confortador” pelos EEER;** admite-se através da análise e discussão dos dados obtidos que os EEER participantes no estudo têm presente o conceito de cuidado confortador nas suas práticas, isto comparando com o referido pelos autores dos estudos analisados sobre a temática.

Assim, afirma-se que todos os cuidados de enfermagem que visem o conforto são considerados cuidado confortador. Assim sendo, o cuidado confortador é o resultado do cuidar em enfermagem tornando-se numa boa prática de enfermagem, garantindo a satisfação das necessidades humanas básicas, a melhoria da qualidade de vida e a promoção do conforto da pessoa.

- **Identificar as intervenções associadas ao “cuidado confortador” implementadas pelos EEER;** os EEER efetuam as suas intervenções de acordo com as suas competências específicas enquanto especialistas e nas suas entrevistas verifica-se que atuam de acordo com o código deontológico e os padrões de qualidade em enfermagem. Os EEER mencionam intervenções como: Promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; Conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade; Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro; Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados; Desenvolver o auto-conhecimento e a assertividade; Basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento; Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações;.Conceber planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas: Implementar as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e ou reeducar as funções; Avaliar os

resultados das intervenções implementadas; Elaborar e implementar programas de treino de AVD's; Promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social; Conceber e implementar programas de treino motor e cardio –respiratório; Avaliar e reformular programas de treino motor e cardio –respiratório.

- Conhecer as intervenções prioritárias implementadas pelos EEER; verificamos que os EEER priorizam as suas intervenções de acordo com a sua experiência nos contextos de trabalho e com o que vão apreendendo da sua interação com os doentes, mas, fundamentalmente com base nas vontades e desejos da pessoa e família.

- Comparar as intervenções prioritárias implementadas pelos EEER, nas UCP e ULDM; parece-nos que a intervenção dos EEER, independentemente da tipologia de unidade onde prestam cuidados, promove o conforto nas pessoas internadas, utilizando intervenções similares que adquiriram por conhecimentos e competências obtidas, em contexto da sua formação especializada - Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

Admite-se, através dos dados recolhidos, que os EEER, pelos conhecimentos e competências que detêm, prestam cuidados diferenciados nos contextos estudados, assim como se observa nos relatos dos profissionais dos diferentes contextos da prática acerca das suas intervenções específicas.

O acompanhamento do doente em fim de vida é um processo de difícil transição, devido ao impacto negativo no seu projeto de vida, seja com implicações de natureza individual, familiar ou social. A intervenção dos enfermeiros de reabilitação deve ir de encontro ao tempo que resta à pessoa para viver, mantendo o conforto, a humanidade e dignidade com que ela deve ser cuidada durante esse “último” percurso.

Afirma-se que as famílias deverão, também, ser incluídas nos cuidados, facilitando a presença prolongada nos serviços de internamento, para assim diminuir o estado de ansiedade relacionado com aspetos desconhecidos e manter a proximidade sentimental com quem esteve sempre presente na sua vida, promovendo consequentemente o conforto do doente e os processos de luto com eficácia.

Como em tudo na vida, nada é totalmente acabado ou permanente. Neste sentido, foram limitações para o desenvolvimento do presente trabalho de investigação:

- A inexperiência da investigadora, sendo este o seu primeiro estudo de investigação;
- A escassez de tempo para o desenvolvimento do estudo, devido aos compromissos laborais e contratempos pessoais da investigadora;
- A informação tardia do consentimento por parte da Universidade e das instituições, para a possibilidade da realização do estudo, que, consequentemente atrasou o cronograma e as datas previstas pela investigadora para a colheita de dados;
- A escassez de EEER nos contextos estudados, o que trouxe algumas dificuldades na constituição da amostra.

Terminado o presente estudo fica a sensação que mais se poderá fazer em termos da investigação nesta área, pelo que se deixam sugestões para novos projetos de investigação, formação e para a prática de cuidados centrados no conforto.

Assim, sugere-se a realização de outros estudos neste âmbito, pois o envelhecimento da população, associado ao aumento do número de doenças crónicas e comorbilidades sendo igualmente expectável o aumento de pessoas em situação de declínio funcional e de dependência no autocuidado, é uma realidade nos países desenvolvidos e, concretamente, em Portugal.

Em muitos ambientes clínicos, o “modelo em uso” pelos enfermeiros está muito centrado na gestão de sinais e sintomas, influenciado por um modelo de cuidados “medicocêntrico” (Silva, 2007). É necessária maior aproximação deste modelo da prática com os “modelos expostos”, isto é, uma prática de cuidados centrada nas experiências vivenciadas pelas pessoas e famílias face às transições decorrentes de processos de saúde-doença ou de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida (Meleis et al, 2000), onde os aspetos psicológicos, emocionais e espirituais são relevantes para o planeamento e implementação de intervenções específicas dos EEER, promotoras de ganhos em saúde.

O presente estudo aponta para a necessidade da intervenção do EEER na UCP e ULDM, como promotores de conforto. Assim sendo, seria importante a incorporação, a tempo inteiro, destes elementos especializados nas equipas, nestes ambientes clínicos específicos, garantindo a promoção da continuidade dos cuidados de conforto na reabilitação da pessoa muito vulnerável.

Sugere-se que as equipas de saúde promovam, em contexto da prática, formação em serviço neste âmbito, de modo a que os profissionais de reabilitação com mais competências em cuidar doentes em fim de vida, partilhem as suas experiências profissionais onde devem incorporar conhecimento científico e, assim, se proporcionem cuidados paliativos de manutenção da qualidade de vida a quem necessita. Devem ser incluídos na formação, não só EEER, mas todos os elementos da equipa interprofissional, garantindo uma assistência que promova *cuidados integrados* de qualidade e, paralelamente, *continuidade de cuidados*. Estes são dois conceitos que transformam um paradigma em saúde que se esforça por uma aproximação de um percurso de cuidados centrado nos cidadãos, “descentrado” da doença e da complexa acessibilidade aos diferentes níveis e valências de cuidados, procurando respostas mais eficazes ao declínio da funcionalidade e da dependência no autocuidado em cidadãos com grande vulnerabilidade, onde o cuidado confortador se torna um conceito central. Esta é, cremos nós, uma tentativa de mudança de paradigma que despoletou a necessidade da criação da RNCCI em 2006 e que, na nossa opinião, tem produzido resultados positivos, ainda que a produção de indicadores de resultado que monitorize a eficácia da RNCCI seja, ainda, muito insipiente. Simplesmente porque a estrutura necessária para a produção automática de indicadores de qualidade não esteja implementada, tornando de alguma forma invisível o impacto dos cuidados prestados na RNCCI nos ganhos em saúde dos cidadãos, pese embora, já se encontrem disponíveis nos relatórios de monitorização da RNCCI (ACSS) indicadores de processo, mas monitorizam, somente, o acesso à RNCCI (ex. nº de camas e vagas disponíveis por tipologia de cuidados; nº de doentes admitidos por tipologia e por grau de dependência; e outros).

Tenciona-se não deixar esmorecer este tema através de futuras investigações, de modo a adquirir mais conhecimento sobre o tema em estudo e demonstrar que o EEER promove o conforto do doente, através de intervenções de enfermagem autónomas e possíveis de praticar diariamente, com base na evidência científica mais atual.

Capítulo VII - Referências Bibliográficas

As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção

Capítulo VII - Referências Bibliográficas

- ✓ Administração Central dos Serviços de Saúde - ACSS (2017). Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - 2016.
- ✓ Amendoeira, J. (2006). *Enfermagem, Disciplina do Conhecimento*. Revista Sinais Vitais, nº 67.
- ✓ Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação. (2011). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. In APER. Acedido em 21 de Dezembro de 2016 em: <http://www.aper.com.pt/indexficheiros/Page312.html>
- ✓ Apóstolo, J. L. A. (2009). *O conforto nas teorias de enfermagem. Análise do conceito e significados teóricos*. Revista Referência, 9, 61-67.
- ✓ Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- ✓ Bogdan, R. e Biklen, S. (2010). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- ✓ Braga, R.J.V.A. (2009). *Influência dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Controlo da Dispneia em cuidados Paliativos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina - Universidade de Lisboa: Lisboa, Portugal.
- ✓ Circular Normativa N.º. 14/DGCG de 13 de julho de 2004 (2004). Dispõe sobre o Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Direção Geral da Saúde, Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Lisboa.
- ✓ Conselho de Enfermagem (2003). *Do Caminho Percorrido e das Propostas (análise do primeiro mandato – 1999 / 2003)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros Portugueses.
- ✓ Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho. (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República I série-A. N.º 109 (1-6-06), 3856-3865.
- ✓ Dowd, T. (2004). *Katharine Kolcaba. Teoria do conforto*. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra. Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed., pp. 481-495). Loures: Lusociência.
- ✓ Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.
- ✓ Gil, A., C. (1999). *Métodos e Técnicas de pesquisa Social*. 5º Ed. São Paulo: Atlas. ISBN: 85-224-2270-2
- ✓ Gomes, B. P. (2008). *Enfermagem de Reabilitação um contributo para a satisfação do utente*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto: Porto, Portugal.

- ✓ Hicks, C. (2006). *Métodos de Investigação para Terapeutas Clínicos: Concepção de Projectos de Aplicação e Análise*. Loures, Lusociência.
- ✓ Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem em reabilitação: Aplicação e processo* (2ª edição). Loures: Lusociência.
- ✓ Hulley, et al (2008). *Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre, Artmed Editora S.A.
- ✓ Instituto Nacional de Estatística - CENSOS (2011). Acedido em 2 de Março de 2017 em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos2011_apresentacao&xpid=CENSOS
- ✓ Kim, K. & Kwon, S. (2007). *Comfort and quality of life of cancer patients*. Asian Nursing Research, Volume 1(2), 125-135
- ✓ King`s Colege London. Acedido em 5 de Outubro de 2016 em: <http://www.kcl.ac.uk/schools/medicine/depts/palliative/relation.html>
- ✓ Kolcaba, K. (1994). *A theory of holistic comfort for nursing*. Journal of Advanced Nursing, 19,1178-1184.
- ✓ Kolcaba, K. (2001). *Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research*. Nursing Outlook. 49 (2), 86-92.
- ✓ Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company
- ✓ Kolcaba, K. (2006). *Comfort*. In J. Fitzpatrick & M. Wallace (Eds.), Encyclopedia of nursing research (2nd ed., pp. 92-94). New York: Springer Pub. Comp.
- ✓ Kolcaba, K. (2009). *Comfort*. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), Middle range theories. Application to nursing research (2nd ed., pp. 254-272). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- ✓ Kolcaba, K., & Kolcaba, R.J. (1991). *An analysis of the concept of comfort*. Journal of Advanced Nursing, 16, 1301-1310.
- ✓ Lopes, J. M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau, 2006
- ✓ Magalhães, J.C. (2009). *Cuidar em fim de vida – Experiência durante a formação inicial de enfermeiros*. Lisboa: Coisas de Ler

- ✓ Martins, M. (2010). *Aliviando o sofrimento o processo de acompanhamento de enfermagem ao doente em final de vida*. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- ✓ Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories*. Nursing research and practice. New York: Springer Pub.Co
- ✓ Morse, J.; A. (2007). *Aspectos Essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa*. Coimbra: Formasau. ISBN: 978-972-8485-89-4
- ✓ Montagnini, M., Lodhi M. & Born, W. (2003). *The Utilization of Physical Therapy in a Palliative Care Unit*. *Journal of Palliative Medicine*. 1 (6), pp. 11-17. Obtido em 26 de Fevereiro de 2017:<http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/90493/jpm-2E20102E0125.pdf;jsessionid=68050A044073B999024B67A86F223973?sequence=1>.
- ✓ Neto, I. G. (2010). *Modelos de Controlo Sintomático*. In A. Barbosa, I. Neto. Manual de Cuidados Paliativos. 2ª Edição. pp. 1-42. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- ✓ Nelli, E. & Kuramoto J. (2010). *O enfermeiro da pós-modernidade*. Revista Multidisciplinar da UNIESP.
- ✓ Neves, S. (2010). *O Rosto Social Da Morte: As Representações Sociais da Morte no Doente Paliativo*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina Universidade de Lisboa: Lisboa, Portugal.
- ✓ Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência.
- ✓ Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015). *Acesso aos cuidados de saúde: um direito em risco? Relatório de Primavera 2015*.
- ✓ Oliveira, C. S. (2006). *O cuidado confortador à pessoa idosa hospitalizada: Contributos para uma revisão sistemática da literatura*. *Pensar Enfermagem*, 10 (1), 2-12.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. (2004). *Divulgar: Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros, [OE], (2010). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE)*. Versão 2.0. Versão oficial em Português. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro*. In: Ordem do Enfermeiros.

Acedido em 20 de dezembro de 2016 em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>

- ✓ Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. In Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 20 de dezembro de 2016 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ✓ Orem, D.(2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª ed). Mosby, St. Louis.
- ✓ Pearson, A.; Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Londres. Heinmann Nursing. ISBN: 0-433-24902-1.16-2
- ✓ Petronilho, Fernando (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau Editora.
- ✓ Pimenta, C. (2010). *Cuidados paliativos: uma nova especialidade do trabalho da enfermagem?* Acta Paul Enfermagem. 23 (3) p.7-8.
- ✓ Quivy, R.; Campenhoudt, L.(2005) – *Manual de investigação em ciências sociais*. 4.ª ed. Lisboa : Gradiva. (Trajectos ; 17).
- ✓ Regulamento nº 125/2011. (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República 2ª série. Nº 35 (18-2-11), 8658-8659.
- ✓ Regulamento nº 122/2011. (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ª série.N.º 35 , 8648-8653
- ✓ Ribeiro, P. (2012). *A Natureza do processo de conforto no doente idoso crónico em contexto hospitalar. Construção de uma teoria explicativa. Projecto Integrado de Vivência e Cuidado Co-criado*. Tese de douturamento, Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- ✓ Rocha, B. (2011). *Gestão em Enfermagem: O Papel do Enfermeiro especialista de Reabilitação*. In *Associação Portuguesa do Enfermeiros de Reabilitação*. Acedido em 23 de Dezembro de 2016 em: http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/Page4078.htm.

- ✓ Sapeta, P. & Lopes, M. (2007). *Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente*. Revista Referência. II Série, 4, pp. 35 – 58.
- ✓ Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: O processo de interacção enfermeiro-doente*. Universidade de Lisboa
- ✓ Scialla, S.; Cole, R. ; Scialla, T; Bednarz, L. ; Scheerer, J.(2000). *Rehabilitation for elderly patients with cancer asthenia: making a transition to palliative care*. pp.121-127. In: Palliative Medicine, Vol. 14, No.2.
- ✓ Siefert, M. L. (2002). *Concept analysis of comfort*. Nursing Forum, 37 (4), 16-23.
- ✓ Silva, A. P. (2007). *Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da Profissão e da Disciplina*. Servir. 55 (1-2), 11-20.
- ✓ TWYXCROSS, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: CLIMEPSI.
- ✓ Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2011). *Manual do prestador: Recomendações para a Melhoria Continua*. (1ªEdição). Lisboa: UMCCI.
- ✓ Wagner, D.; Byrne, M.& Kolcaba, K. (2006). *Effects of comfort warming on preoperativepatients*. AORN Journal: Association of preoperative registered nurses. Volume 84(3), 427-448
- ✓ Vilelas, J. (2009) – *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção

ANEXOS

As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção

Anexo I

Pedido de Autorização à Comissão de Ética da Universidade do Minho



Universidade do Minho

Escola Superior de
Enfermagem de Enfermagem

Exmo. Senhor.

Presidente da Subcomissão Ética para as
Ciências da Vida e da Saúde

Assunto: Pedido de autorização para elaboração de dissertação de mestrado em enfermagem

Ana Marisa Marques Machado, estudante do 2º ano do Curso Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, pretende realizar um estudo de investigação intitulado: “As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção”. O objetivo principal desta investigação, cujo projeto se anexa, é: descrever as intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em reabilitação, nas pessoas internadas em UCP e ULDM.

A investigadora responsável é a Mestranda: Ana Marisa Marques Machado, a exercer funções no CHLO-Hospital Egas Moniz no serviço de Neurocirurgia e Unidade de Cuidados Intermédios de Neurocirurgia desde 2012, Enfª Especialista em Enfermagem de Reabilitação pela ESE-Uminho em 2014, pós-graduada em Cuidados Paliativos pela ESE-Uminho em 2013, Licenciada em Enfermagem pela Universidade Fernando Pessoa- Ponte de Lima em 2011; com orientação do Professor Doutor Fernando Petronilho e coorientação da Mestre Manuela Machado, ambos docentes da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.

Pede deferimento,

Braga, ____ Julho de 2016

A Requerente

Ana Marisa Marques Machado

Anexo II

Pedido de Autorização à Comissão de Ética das instituições



Universidade do Minho

Escola Superior de Enfermagem de
Enfermagem

Exm. Senhor.

Presidente do Conselho de Administração

Assunto: Pedido de autorização para elaboração de dissertação de mestrado em enfermagem

Ana Marisa Marques Machado, estudante do 2º ano do Curso Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, pretende realizar um estudo de investigação intitulado: “As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção”. O objetivo principal desta investigação, cujo projeto se anexa, é: descrever as intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em reabilitação, nas pessoas internadas em UCP e ULDM.

A investigadora responsável é a Mestranda: Ana Marisa Marques Machado, a exercer funções no CHLO-Hospital Egas Moniz no serviço de Neurocirurgia e Unidade de Cuidados Intermédios de Neurocirurgia desde 2012, Enfª Especialista em Enfermagem de Reabilitação pela ESE-Uminho em 2014, pós-graduada em Cuidados Paliativos pela ESE-Uminho em 2013, Licenciada em Enfermagem pela Universidade Fernando Pessoa- Ponte de Lima em 2011; com orientação do Professor Doutor Fernando Petronilho e coorientação da Mestre Manuela Machado, ambos docentes da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.

Pede deferimento,


Braga, ____ Julho de 2016

A Requerente

Ana Marisa Marques Machado

Anexo III

Autorização da Universidade do Minho


Universidade do Minho
SECVS

Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde

Identificação do documento: SECVS 057/2016

Título do projeto: *As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção*

Investigador(a) responsável: Professor Doutor Fernando Petronilho, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho; Mestre Manuela Machado, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho; e Ana Marisa Machado, aluna do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real e da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Subunidade orgânica: Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho

PARECER

A Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde (SECVS) analisou o processo relativo ao projeto intitulado *"As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção"*.

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na experimentação com humanos, em conformidade com o Guião para submissão de processos a apreciar pela Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde.


Face ao exposto, a SECVS nada tem a opor à realização do projeto.

Braga, 29 de setembro de 2016.

A Presidente

**MARIA
CECÍLIA DE
LEMONS PINTO
ESTRELA LEÃO**

Digitally signed by MARIA CECILIA DE
LEMONS PINTO ESTRELA LEÃO
DN: cn=PT, o=Centro de Estudos,
ou=Universidade do Minho, ou=Escola Superior
de Enfermagem da Universidade do Minho,
cn=MARIA CECILIA DE LEMONS PINTO
ESTRELA LEÃO
[mailto:machado@ese.um.pt], c=MARIA
CECÍLIA DE LEMONS PINTO ESTRELA LEÃO
Date: 2016.09.29 14:50:29 +01'00'


 Universidade do Minho
 SECVS

Identificação do documento: SECVS 057/2016

Título do projeto: *As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção*

Investigador(a) responsável: Professor Doutor Fernando Petronilho, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho; Mestre Manuela Machado, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho; e Ana Marisa Machado, aluna do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real e da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Subunidade orgânica: Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho

Data de receção na SECVS: 13 de julho de 2016

Grelha de Verificação

Processo submetido em suporte: ☒ eletrónico ☐ físico (em papel)

Documentos	Sim	Não	Não se aplica
Requerimento e/ou ofício e/ou pedido de apreciação de projeto "	X		
Informação do Responsável pela Unidade/Diretor de Serviço sobre apoio e/ou enquadramento/cabimento do projeto na Unidade/Serviço em que decorrerá "	X		
Protocolo do estudo, incluindo, se aplicável, os instrumentos de recolha de dados e/ou informação para o participante "	X		
Curriculum Vitae abreviado do Investigador Responsável "	X		
Modelo de Consentimento Informado "	X		
Modelo de Declaração de Compromisso de Confidencialidade			X
Informação sobre financiamento para o cumprimento do projeto, incluindo, se aplicável, cabimento/inscrição no orçamento da Unidade/Serviço em que decorrerá e/ou com fonte de financiamento nacional/internacional			X
CESHB – Remitir processo: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>			
Requerimento dirigido ao Presidente da CESHB "		X	
Formulário da CESHB devidamente preenchido "		X	
Outros		X	
Autorizações e/ou Pareceres de (Sub)Comissões de Ética		X	
Acordo Financeiro			

Apólice de Seguro		X	
Informação do Orientador da Tese sobre apoio e/ou enquadramento do projeto		X	

* Documentos obrigatórios de acordo com as normas orientadoras para submissão de processos a apreciar pela SECYS em Anexo ao Despacho RT-76/2012 que estabelece as regras de atuação e funcionamento da mesma.

* Documentos obrigatórios de acordo com o funcionamento da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga (CESHB).

Justificação do Parecer

Trata-se de um projeto efetuado no âmbito da unidade curricular Seminários de Preparação para a Dissertação, no plano de estudos do 1º ano, 2º semestre do Mestrado em Ciências de Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, no ano letivo de 2016/2017.

Trata-se de um estudo com o apoio institucional da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, com duração de 8 meses, com início previsto em julho de 2016, e com a colheita de dados prevista em outubro de 2016.

Os Orientadores, docentes na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho (ESE-UMinho), e a aluna, IP do projeto, Enfermeira Especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) com pós-graduação em cuidados paliativos, têm formação clínica e/ou académica e/ou técnica e experiência solidificada nas áreas de base do projeto, e/ou tem o apoio de uma equipa de investigação com experiência.

É objetivo principal do estudo descrever as intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em reabilitação, nas pessoas internadas em UCP e ULDM. São objetivos do estudo analisar a influência: i) explorar o significado atribuído ao "cuidado confortador" pelos EEER; ii) identificar as intervenções associadas ao "cuidado confortador" implementadas pelos EEER; iii) identificar a prioridade atribuída pelos EEER às intervenções implementadas; e iv) comparar as intervenções implementadas associadas ao "cuidado confortador" e a prioridade atribuída às mesmas pelos EEER, nas UCP e ULDM.

Trata-se um estudo observacional, transversal, qualitativo. Será a população-alvo Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação a exercer funções em UCP e ULDM. Definiu-se como critérios de inclusão no estudo: ser EEER e exercer funções em UCP e ULDM. Trata-se de uma amostra teórica ou intencional, constituída pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação a exercer funções em UCP e ULDM que aceitem participar no estudo.

Após autorização das instituições UCP e ULDM, a recolha de dados irá decorrer através de uma entrevista semiestruturada, com 3 perguntas abertas, seguindo as indicações de citam Bogdan & Biklen (2010), para a

qual se elabora um guião onde se definem os objetivos da mesma. A entrevista será individual com recurso a gravação digital. Os dados recolhidos incluem os descritos no questionário. São as perguntas: "O que entende por "cuidado confortador"?", "De entre as intervenções de EEER, quais as que considera que têm como finalidade proporcionar conforto ao doente?", e "Enquanto EEER, de entre todas as intervenções que implementa, quais considera prioritárias?". Variável, tipo de variável e/ou categorias da variável e descrição da mesma foram enumeradas/descritas no protocolo de investigação e/ou foi fornecido em anexo o Formulário de Recolha de Dados e/ou Guião da Entrevista.

O projeto não envolve a dádiva, e/ou colheita, análise laboratorial, e/ou processamento, e/ou preservação, e/ou armazenamento, e/ou distribuição e/ou aplicação de tecidos e células de origem humana.

Será salvaguardado o anonimato e a confidencialidade do participante (não haverá identificação nominal do titular, sendo apostado um código de participante no estudo).

Os participantes serão informados dos procedimentos, da garantia de confidencialidade dos dados e do seu direito de desistir em qualquer momento do estudo sem qualquer prejuízo.

As gravações deverão destruídas depois de transcritas, não sendo utilizadas para outros fins.

Não se declara a investigação envolver quaisquer custos, ou abuso de recursos institucionais, hospitalares e/ou outros, como aplicável, para a realização do projeto.

Não se declaram existir conflitos de interesse.

Não se declara a investigação envolver diretamente indivíduos privados do exercício de autonomia (crianças, menores, pessoas com incapacidade temporária ou permanente do exercício de autonomia).

Considerações éticas

A realização de projetos de investigação deverá em consideração as regras de conduta e diretivas de boas práticas no âmbito da investigação clínica com seres humanos. Deverá ser solicitado Parecer e/ou Autorização, incluindo notificação de tratamento de dados pessoais à Comissão Nacional de Proteção de Dados, e seguir as diretivas nacionais e/ou locais, de cada lugar de recolha, como aplicável, incluindo de Unidades Hospitalares e/ou Unidades de Saúde onde será realizado o estudo, e/ou onde serão recolhidas as amostras e/ou dados e/ou aplicados os questionários, se aplicável.

Salienta-se o respeito pelas normas e as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Washington

2002, Tóquio 2004 e Seul 2008), da Directiva 95/46/EC do Parlamento Europeu e do Conselho, das Directrizes Sobre as Boas Práticas Clínicas da EMEA - Agência Europeia do Medicamento (Londres 2000), das Directrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Organização Mundial de Saúde (Genebra 2002), das Directrizes Éticas Internacionais para os Estudos Epidemiológicos do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (Genebra 2009) e da Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001.

Quando aplicável o Consentimento Informado recomendam-se as normas e/ou documentos-guia da Direção Geral de Saúde¹ e/ou da ARS Norte² na elaboração do mesmo. A inclusão dos participantes em qualquer um dos âmbitos de investigação considerados num Projeto de Investigação está subjacente o seu consentimento escrito (Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro; Lei n.º 46/2007, de 24 de agosto). O preenchimento e assinatura do formulário de consentimento informado, livre e esclarecido, deverá ser feito em duplicado, garantindo a privacidade e confidencialidade dos dados pessoais e o direito a recusar/abandonar o estudo sem sofrer qualquer penalização.

Indica-se que recolha de produtos biológicos deverá ter em conta os princípios para obtenção e conservação de material biológico (Art. 18.º) da Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro. O tratamento das informações de saúde recolhidas terá em consideração os princípios aplicáveis aos tratamentos de dados pessoais efetuados no âmbito de Investigação Clínica, definidos pela Comissão Nacional de Proteção de Dados e decorrentes da Deliberação n.º 1704/2015.

Informações pessoais tratadas não deverão ser identificáveis, mas sim irreversivelmente anonimizadas (Art. 3.º da LPDP), e todos os dados obtidos no âmbito de um Projeto de Investigação estão ao abrigo de medidas técnicas e organizativas adequadas que dão cumprimento ao disposto no Art. 14.º e Art. 15.º da LPDP. Aplica-se ainda o disposto no n.º 1 do Art. 17.º da LPDP relativamente ao sigilo profissional. Quando não for possível a anonimização dos dados, estes deverão codificados de acordo com uma chave específica, acessível apenas aos investigadores do estudo, e que dificulta a identificabilidade dos participantes, tal como especificado na Deliberação n.º 1704/2015 da CNPD. Os dados obtidos deverão ser conservados de forma a permitir a identificação dos seus titulares apenas durante o período necessário para a prossecução das finalidades da recolha ou do tratamento posterior, tal como definido no Art. 5.º, n.º 1, alínea e), da LPDP.

O Modelo de declaração de compromisso e confidencialidade utilizado pelo IR deverá ser seguido e assinado por outros investigadores ou colaboradores na investigação, conforme aplicável, destinado a documentar o seu

¹ <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013.aspx>

² http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Consentimento_Informado_Doc_Guia.pdf

envolvimento nas garantias de confidencialidade e boas práticas dadas pelo(a) PI. Sempre que necessário, os membros da equipa de investigação deverão assinar uma Declaração de Interesses e Incompatibilidades de acordo com o Decreto-lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro.

Neste contexto, assume-se que os investigadores que trabalham com amostras humanas, ou com a análise de dados, estão obrigados a manter sigilo profissional sobre os dados pessoais e sobre os resultados ou demais obtidos, segundo a ética profissional, nunca devendo, por isso, fazer uso dos mesmos a não ser para o fim a que se destinam. Esta obrigação mantém-se em efeito após término do projeto de investigação.

Documentos recebidos na SECYS

O processo foi acompanhado por requerimento dirigido à Presidente da SECYS.

A SECYS recebeu os documentos comprovativos que incluem:

- Protocolo de investigação e/ou caderno de recolha de dados e/ou guião da entrevista
- Curriculum vitae abreviado do(s) investigador(es) responsável(is)
- Parecer do(a) diretor(a) do centro de investigação e/ou unidade
- Modelo de documento de consentimento informado
- Cópia do(s) formulário(s) de recolha de dados a utilizar e/ou enumeração dos dados que serão colhidos

Foram ainda recebidos (outros documentos):

- Curriculum vitae abreviado do(a)(s) aluno(a)(s)
- Modelo de declaração de compromisso a utilizar pelo(a) PI e por outros investigadores ou colaboradores na investigação destinado a documentar o seu envolvimento nas garantias de confidencialidade e boas práticas dadas pelo(a) PI (Termo de Responsabilidade)

Os documentos enviados estão em conformidade com o Guião para submissão de processos a apreciar pela Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde (SECYS).

Faço ao exposto, nada termos a opor à execução do projeto.

Braga, 29 de setembro de 2016

A Presidente

MARIA CECÍLIA
DE LEMOS
PINTO ESTRELA
LEÃO

Assinada eletronicamente por Maria Cecília de Lemos Pinto Estrela Leão, Presidente da SECYS, em 29 de setembro de 2016, no âmbito do processo de avaliação de projetos de investigação científica submetidos à apreciação da SECYS.

Maria Cecília de Lemos Pinto Estrela Leão

As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção

Anexo IV

Autorizações das Instituições



Approved

Parecer Comissão Científica do Hospital do Mar, Cuidados Especializados, Lisboa

Dados do Projeto:

Título: “As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção”

Investigador proponente: Ana Marisa Machado

Área Temática: Cuidados Paliativos – Enfermagem de Reabilitação

Instituição Proponente: Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho

Dados do Parecer:

Apresentação do projeto:

O ponto de partida para o desenvolvimento deste estudo centra-se no pressuposto que as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação promovem o conforto no doente paliativo. O estudo tem como questão de investigação: “Quais as intervenções associadas ao cuidado confortador que os enfermeiros especialistas em reabilitação implementam em pessoas internadas em Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) e Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) ?”.

A Teoria do Conforto de Kolcaba (Kolcaba, 2003) sustenta o desenvolvimento deste estudo e pretende reforçar que os sintomas são aliviados através de intervenções de enfermagem, proporcionando aumento de conforto. O conforto segundo este referencial teórico é determinado como mais do que ausência de dor ou outros desconfortos físicos, sendo uma experiência única e individual, onde se pode experienciar quatro contextos - físico, psico-



espiritual, social e ambiental - sentindo três tipos de conforto: alívio, tranquilidade e transcendência.

Metodologicamente a abordagem é qualitativa, sendo o estudo exploratório e descritivo, dirigido aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação a exercer funções em UCP e ULDM. A recolha de dados é feita através de uma entrevista semiestruturada, com 3 perguntas abertas, tendo sido apresentado em anexo o guião da entrevista. A participação do Hospital do Mar consiste na realização desta entrevista aos Enfermeiros de Reabilitação a exercerem estas funções no Hospital.

Objetivo do projeto:

Geral: “Descrever as intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos EEER, nas pessoas internadas em UCP e ULDM”.

Específicos: (1) Explorar o significado atribuído ao “cuidado confortador” pelos EEER; (2) Identificar as intervenções associadas ao “cuidado confortador” implementadas pelos EEER; (3) Identificar a prioridade atribuída pelos EEER às intervenções implementadas; (4) Comparar as intervenções implementadas associadas ao “cuidado confortador” e a prioridade atribuída às mesmas pelos EEER, nas UCP e ULDM.

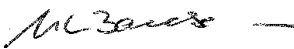
Comentários e considerações sobre o projeto:

Fica claro para a presente Comissão Científica os objetivos, contexto e relevância científica desta proposta, tendo sido apresentada em anexo toda a documentação complementar necessária (entre eles o parecer favorável da Comissão de Ética, e os instrumentos de recolha de dados) para proceder a um parecer favorável à realização do mesmo no Hospital do Mar.

Recomendações:

Favorável

Data: 15 de Outubro de 2016


(Rita Barroso)


Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem de
Enfermagem



Exm. Senhor,
Coordenador da Unidade de Cuidados
Continuados do Centro Social e Paroquial de
Nespereira

Assunto: Pedido de autorização para elaboração de dissertação de mestrado em enfermagem

Ana Marisa Marques Machado, estudante do 2º ano do Curso Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, pretende realizar um estudo de investigação intitulado: "As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção". O objetivo principal desta investigação, cujo projeto se anexa, é: Descrever as intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em reabilitação, nas pessoas internadas em UCP e ULDM.

A investigadora responsável é a Mestranda: Ana Marisa Marques Machado, a exercer funções no CHLO-Hospital Egas Moniz no serviço de Neurocirurgia e Unidade de Cuidados Intermédios de Neurocirurgia desde 2012, Enª Especialista em Enfermagem de Reabilitação pela ESE-Uminho em 2014, pós-graduada em Cuidados Paliativos pela ESE-Uminho em 2013, Licenciada em Enfermagem pela Universidade Fernando Pessoa- Ponte de Lima em 2011; com orientação do Professor Doutor Fernando Petronilho e coorientação da Mestre Manuela Machado, ambos docentes da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.

Pede deferimento,

Braga, 12 Janeiro de 2017

A Requerente
Ana Marisa Marques Machado
Ana Marisa Marques Machado

HOSPITAL DA LUZ
LISBOA

Comissão de Investigação Clínica – Diretor Clínico
Hospital da Luz

Exmo.(a) Senhor(a)
Enf. Ana Marisa Machado

Lisboa, **02 de Maio de 2017**

CC: Conselho de Administração/ Comissão de Ética

Assunto: Parecer ao Estudo Clínico "As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção"

A Comissão de Investigação do Hospital da Luz informa que o parecer foi **positivo** relativo à realização do "Estudo - As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção".

Pe/ A Comissão de Investigação


Prof. José Roquette, Diretor Clínico

Hospital da Luz Lisboa - Hospital de Luz pt Lisboa
Parque da Luz, 100 - 1009-000 Lisboa - Portugal
T +351 217 304 400 - F +351 217 304 405 - E geral@hospitaldalu.pt
hospitaldalu.pt - @hospitaldalu

HE/L/MOD-000637.1

LUZ SAÚDE

As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção

Anexo V

Consentimento Informado para os participantes

CONSENTIMENTO INFORMADO

As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção

Eu, abaixo-assinado (NOME COMPLETO DO PARTICIPANTE):

Fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a descrever as intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em reabilitação, nas pessoas internadas em UCP e ULDM.

Sei que neste estudo está prevista a realização de uma entrevista semiestruturada com registo áudio.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Autorizo a gravação áudio da entrevista e a sua posterior transcrição e análise de conteúdo.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Participante:.....

Data

Assinatura

___/___/___

Investigador responsável: Ana Marisa Marques Machado

Data

Assinatura

___/___/___

Anexo VI

Guião de Entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Objetivo geral - Descrever as intervenções associadas ao cuidado confortador implementadas pelos EEER, nas pessoas internadas em UCP e ULDM.

Dados sociodemográficos:

Idade: _____

Sexo: _____

Tempo exercício profissional: _____

Tempo exercício profissional como EEER: _____

Tempo exercício profissional na unidade de cuidados atual: _____

Tipo de unidade de cuidados onde presta cuidados: (UCP /ULDM)

Blocos temáticos	Objetivos específicos	Questões
Cuidado Confortador	- Explorar o significado atribuído ao “cuidado confortador” pelos EEER;	- O que entende por “cuidado confortador”?
Intervenções prioritárias do EEER Intervenções do EEER	- Identificar as intervenções associadas ao “cuidado confortador” implementadas pelos EEER; - Identificar a prioridade atribuída pelos EEER às intervenções implementadas;	- De entre as intervenções de EEER, quais as que considera que têm como finalidade proporcionar conforto ao doente? quais considera prioritárias?

Anexo VII

Análise das entrevistas

Tema	Categoria	Subcategorias	Unidades de registo
Cuidado confortador	Significado cuidado confortador	Dimensões do conforto	Alívio
			Tranquilidade
			Transcendência
		Contextos em que o conforto é experimentado	Físico
			Psicoespiritual
			Sociocultural
			Ambiental
		Intervenções promotoras de conforto	Intervenções para melhorar a qualidade de vida e proporcionar bem-estar
			Intervenções para minimizar o impacto da doença no doente e família
			Intervenções que visam aumentar o conforto do doente
			Intervenções que não visam a melhoria da condição de saúde
			Intervenções que não provocam dor, física, psicológica e espiritual
		Requisitos/caraterísticas do cuidado confortador	Cuidado que vai de encontro ao que o doente pretende
			Estabelecer relação empática
			Comunicação
			Motivação/transmissão de energia
			Envolvimento da equipa multidisciplinar
			Condição e resultado do cuidar

Unidades de Registo (do tema 1)	Unidades de contexto
Alívio	<p>“[...] a que denota uma sensação mais rápida de conforto e alívio de sintomas de desconforto [...]” EL1</p> <p>“Sendo o conforto uma sensação de [...] alívio face à perceção de uma dor ou desconforto.” EL2</p> <p>“[...] todas as intervenções que tenham como fim aliviar a dor e controlo sintomático, nomeadamente, alívio de dor e desconforto, controlo da dispneia.” EL2</p> <p>“[...] promover algum conforto, ou seja, retirar o desconforto [...] que é provocado pela dificuldade respiratória, pela presença de secreções [...]” EL4</p> <p>“[...] e em caso de apresentar sintomas procurar que seja aliviado.” EP1</p> <p>“Por vezes basta reposicionar a pessoa, ajeitar determinados pormenores, um braço, uma perna, reposicionar a cabeça de outra forma [...] ou pôr a respirar melhor porque os doentes às vezes não estão a respirar bem quando chegamos.” EP2</p> <p>“Os cuidados de conforto passam muito pelo alívio dos sintomas [...]” EP5</p> <p>“[...] todas as intervenções do enfermeiro especialista que controlem os sintomas [...]” EP4</p>
Tranquilidade	<p>“Sendo o conforto uma sensação de serenidade [...]” EL2</p> <p>“Devemos procurar promover serenidade [...]” EP1</p> <p>“[...] cuidado confortador é o conjunto de todas as intervenções de enfermagem que relaxam, acalmam e apaziguam a pessoa cuidada.” EP3</p> <p>“[...] transmitindo-lhes paz.” EP4</p>
Transcendência	<p>“Se intervirmos a nível do desenvolvimento do potencial da pessoa contribuímos para a sua satisfação e conforto, bem-estar e qualidade de vida.” EP1</p>

	<p>“[...] muitas vezes os doentes sentem-se também confortáveis quando a nossa intervenção se direcciona para a sua família [...]” EP1</p>
Físico	<p>“[...] cuidado em que as necessidades básicas são asseguradas [...]” EL3</p> <p>“[...] todo e qualquer contacto que proporcione ao utente melhoria ou sensação de melhoria do seu bem-estar físico [...]” EP1</p> <p>“[...] todas as intervenções ligadas às necessidades humanas básicas fisiológicas [...] o conforto físico está implícito nesta abordagem.” EP1</p> <p>“Sobretudo tentar alcançar o bem-estar físico.” EP1</p> <p>“[...] esta expressão remete-nos para conforto... prestar conforto, cuidados de conforto e esses cuidados não só físicos [...] são sensitivos através do toque. EP2</p> <p>“[...] conforto do toque que nos leva para um bocadinho para o sensorial, dos cheiros e do auditivo, da música.” EP2</p> <p>“[...] maximizar o bem-estar físico [...] daquela pessoa que estou a cuidar [...]” EP2</p> <p>“[...] o conforto pode ter várias vertentes, física [...] EP5</p> <p>“[...] o conforto do doente vai de encontro a satisfação de todas as suas necessidades, seja de carácter físico [...]” EP6</p> <p>“[...] a nível físico [...] dá conforto ao doente.” EP6</p> <p>“Existe um bolo grande de intervenções que permitem colmatar todas as necessidades em todos os aspetos, não só de carácter físico, mesmo sendo estas as mais evidentes [...]” EP6</p>
Psicoespiritual	<p>“[...] a parte emocional é muito importante, se eles não estiverem bem emocionalmente [...]” EL6</p> <p>“[...] todo e qualquer contacto que proporcione ao utente melhoria ou sensação de melhoria do seu bem-estar [...] psicológico.” EP1</p> <p>“Sobretudo tentar alcançar o bem-estar psicológico.” EP1</p> <p>“[...] esta expressão remete-nos para conforto... prestar conforto, cuidados de conforto e esses cuidados [...] são psíquicos [...]” EP2</p> <p>“[...] o conforto pode tomar vários aspetos [...] conforto espiritual [...] EP2</p>

	<p>[...] o mais confortável possível [...] psíquica [...] emocional [...] espiritualmente.” EP2</p> <p>“[...] maximizar o bem-estar [...] psíquico e emocional daquela pessoa que estou a cuidar.” EP2</p> <p>“[...] o conforto pode ter várias vertentes [...] psicológica [...]” EP5</p> <p>[...] o conforto do doente vai de encontro a satisfação de todas as suas necessidades, seja de caráter [...] psicológico [...] e emocional [...]” EP6</p>
Sociocultural	<p>“Sobretudo tentar alcançar o bem-estar social.” EP1</p> <p>“[...] como quando tinham uma vida social ativa [...]” EP2</p> <p>“[...] o conforto pode ter várias vertentes [...] social [...]” EP5</p> <p>“[...] o conforto do doente vai de encontro a satisfação de todas as suas necessidades, seja de caráter [...] social [...]” EP6</p> <p>“Em alguns doentes podemos ajudar no conforto social, nomeadamente, proporcionar saídas do serviço [...]” EP6</p>
Ambiental	<p>“Fazer gestão do ambiente físico.” EP1</p> <p>“[...] o conforto do doente hospitalizado, que é o meu contexto, é valorizado de forma diferente do contexto de ambulatório ou do domicílio.” EP5</p>
Intervenções para melhorar a qualidade de vida e proporcionar bem-estar	<p>“[...] intervenção prestada que [...] aumenta a qualidade de vida do utente.” EL1</p> <p>“Todas as atividades de enfermagem de reabilitação que visam [...] a qualidade de vida.” EL2</p> <p>[...] proporcionam qualidade de vida dentro do possível na condição de cada pessoa [...]” EL4</p> <p>“Todo o tipo de intervenção que proporcione bem-estar [...]” EP1</p> <p>“[...] satisfazer essa necessidade, com vista ao conforto e qualidade de vida do mesmo.” EP1</p> <p>“[...] mantendo a o mais confortável possível o mais...como hei-de dizer isto!... que a vida que tenha, apesar de todas as contingências, seja com a maior qualidade possível!” EP2</p>

	<p>“[...] todas as intervenções do enfermeiro especialista que [...] promovam bem-estar e qualidade de vida.” EP4</p> <p>“[...] dar o máximo de qualidade de vida possível.” EP6</p>
Intervenções para minimizar o impacto da doença no doente e família	<p>“[...] utilizar o seu creme preferido numa massagem para quando a família chegue o doente esteja bem consigo mesmo e sem sinal de desconforto.” EL2</p> <p>[...]de se levantarem para a família os ver bem.” EL3</p> <p>“Todo o tipo de intervenção que proporcione bem-estar e ajude a minimizar o impacto da doença, junto do doente e família reflete um cuidado confortador”. EP1</p> <p>“[...] poderemos falar no conforto espelhado pela individualização da intervenção e consequente satisfação familiar experienciada.” EP1</p> <p>[...] os cuidados de conforto estendem-se muito mais, cuidados às famílias, ajuste dos objetivos à fase da doença, essencialmente passa muito por estes aspetos. [...]” EP5</p>
Intervenção que visam aumentar o conforto do doente	<p>“[...] cuidados de enfermagem que visam aumentar o conforto dos doentes.” EL2</p> <p>“[...] cuidado confortador são todos os cuidados que visam promover o conforto “[...]” EL4</p> <p>“[...] cuidado que [...] permite que o utente tenha o seu conforto [...]” EL5</p> <p>“[...] valorizo todas as intervenções que proporcionem conforto ao doente e que o façam sentir-se cuidado.” EP1</p> <p>“[...] por norma fazemos com que a pessoa fique o mais confortável possível [...]” EP2</p> <p>“[...] cuidado confortador é o cuidar em enfermagem com o intuito de promover conforto aos doentes [...]” EP4</p> <p>“O grande objetivo dos cuidados numa unidade de cuidados paliativos são cuidados de conforto [...]” EP5</p> <p>“[...] o nosso objetivo global em termos de intervenções é sempre o conforto do doente [...]” EP6</p>
Intervenções que não visam a melhoria da condição de saúde	

	<p>“[...] cuidado que embora não vise a melhoria da condição de saúde, permite que o utente tenha o seu conforto [...]” EL5</p>
Intervenções que não provocam dor, física, psicológica e espiritual	<p>“[...] cuidado [...] em que não existe dor física/psicológica/espiritual [...] para mim o foco principal é trabalhar num sentido de não haver dor seja a dor de que origem for.” EL3</p> <p>“[...] o que eu entendo por cuidado confortador não provocar dor e aliviando de certa forma...deixar a pessoa o mais confortável possível [...]” EP2</p> <p>[...] se vemos que tem dor, paramos!” EP2</p> <p>“[...] conforto são todas as [intervenções] que não proporcionem desconforto ou dor [...]” EP3</p>
Cuidado que vai de encontro ao que o doente pretende	<p>“[...] temos de ver o cliente como um ser único com crenças e valores e expectativas próprias e o cuidado tem de ir de encontro ao que o doente pretende e isso é que vai proporcionar conforto no doente [...]” EL6</p> <p>“[...] se o doente se quer levantar e nós lhe vamos fazer uma intervenção de outro tipo [...] isso não lhe vai provocar um certo conforto tem de ser de acordo com o que ele quer [...]” EL6</p> <p>“Devemos assumir o que o doente quer, acima de tudo!” EL6</p> <p>“[...] o que se entende por cuidado confortador pode ser subjetivo pelo que, se possível, será plausível, à luz da vontade do doente, questionar acerca de quais as suas preferências e vontades, de forma a explorar o seu conceito de conforto.” EP1</p> <p>“Mas muitas vezes não temos muito para oferecer porque a pessoa não quer, porque temos várias fases da doença paliativa e da situação paliativa, há pessoas que estão cansadas, já tiveram um dia cansativo, o próprio acordar e fazer as atividades de vida, os cuidados de higiene a alimentação, podem ser extenuantes e, por vezes, eles não querem nada de especial.” EP2</p> <p>[...] um toque colocando um creme que a pessoa gosta [...]” EP2</p> <p>“[...] tudo vai depender da vontade do doente [...]” EP5</p>
Estabelecer relação empática	<p>“Outro aspeto importante para o cliente se sentir confortável antes de qualquer intervenção, o importante é criarmos uma relação empática [...]” EL6</p>

Comunicação	<p>“[...] o mais importante para estas pessoas passa por comunicar desejos, exprimir vontades [...]” EL3</p> <p>[...] e para se confortar deve-se comunicar com o doente.” EP1</p> <p>“Muitas vezes apenas uma palavra, às vezes só o conversamos um bocadinho [...]” EP2</p> <p>“E até mesmo podemos prestar conforto só a ouvi-los [...]” EP2</p> <p>“[...] temos doentes que falam connosco outros que não falam connosco, doentes em estado vegetativo permanente [...] vemos o conforto por esgar de dor ou fácies de dor, mas acima de tudo o conforto da pessoa.” EP2</p> <p>“[...] a comunicação é uma intervenção fundamental!” EP5</p>
Motivação/transmissão de energia	<p>“[...] proporcionar-lhe alguma motivação ao cliente e nossa também, nós estarmos motivados, transmitindo essa energia ao cliente e realizar a intervenção.” EL6</p>
Envolvimento da equipa multidisciplinar	<p>“[...] havendo um trabalho em equipa de modo a alocar em todas as especialidades que trabalham com o doente para que tenham um tempo de vida com qualidade.” EP2</p> <p>[...] os cuidados de enfermagem e de toda equipa, nunca podemos esquecer, a enfermagem sem a restante equipa não consegue prestar cuidados de conforto de qualidade por si, só, é necessária toda a equipa para o conforto total do doente e da família.” EP5</p> <p>“[...] comunicação tem de ser comum e idêntica entre os elementos da equipa, e isso é facilitado pelo facto de trabalhar numa UCP, pois o trabalho em equipa é fundamental.” EP5</p>
Condição e resultado do cuidar	<p>“[...] é aquela intervenção que nós também conseguimos ver que há resultados positivos.” EL4</p> <p>“Confortar, deveria ser o resultado de cuidar [...]” EP1</p> <p>“Mas umas vezes um posicionamento pode ser confortante, aplicar um creme, um toque e muitas vezes uma música ou um cheiro que ele goste.” EP2</p>

	<p>“[...] não é só chegar e fazer a técnica respiratória ou motora ... se a pessoa não estiver bem posicionada, bem alimentada, e se não estiver bem, chegar e fazer apenas reabilitação a pessoa não se vai sentir confortável.” EP2</p> <p>“O conforto deve ser considerado em qualquer intervenção [...] enquanto enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação um doente que esteja confortável será mais colaborante e empenhado no plano de reabilitação e na concretização diária dos seus objetivos.” EP4</p> <p>“[...] não podemos exigir que o doente esteja predisposto para realizar objetivos e aferir expectativas se não tiver os sintomas controlados.” EP5</p> <p>“[...] são os cuidados que levam ao conforto.” EP5</p> <p>“[...] o cuidado confortador leva-me para a definição de conforto, e o conforto do doente vai de encontro a satisfação de todas as suas necessidades [...] e quando estas estão satisfeitas o doente pode dizer que se encontra confortável, pelo menos é isso que a experiência me diz.” EP6</p> <p>“Cuidado confortador é o conjunto de todas as intervenções que delineamos e intervimos em função do conforto, não de forma isolada, mas um conjunto delas que vão proporcionar conforto ao doente, de modo a que ele se sinta amplamente confortável. É assim que o defino.” EP6</p>
--	--

Tema 2	Categoria	Subcategorias	Unidades de registo
Intervenções do EEER	Intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelo EER	Competências comuns dos enfermeiros especialistas	Responsabilidade profissional, ética e legal
			Gestão dos cuidados
		Competências específicas dos EEER	Cuidar pessoas com necessidades especiais
			Capacitar a pessoa com limitação da atividade e/ou restrição da participação
			Maximizar a funcionalidade
		Critérios para as intervenções prioritárias	De acordo com os valores, crenças e desejos do doente
			Condição de saúde: processo respiratório comprometido
			Condição de saúde: processo neuromusculoesquelético comprometido
			Condição de saúde: dor
			Condição de saúde: sono/repouso comprometido
			Condição de saúde: estímulo sensorial
			Dependência para o autocuidado

<p>Unidades de Registo</p> <p>(do tema 2)</p>	<p>Unidades de contexto</p>
<p>Responsabilidade profissional, ética e legal</p> <p>(nota: refere-se a competências comuns enfermeiros especialistas)</p>	<p>“[...] de acordo com as necessidades que nós avaliamos, mas também de acordo com o que ele pretende para se sentir confortável.” EL6</p> <p>“Para mim particularmente a sensação de cuidado confortador é traçada com base nos princípios éticos, procurando ajudar a encontrar conforto e satisfação das suas necessidades.” EP1</p> <p>“É importante ponderar e gerir o conforto <i>versus</i> riscos potenciais para o doente, atendendo sempre aos princípios éticos.” EP1</p> <p>“[...] técnicas respiratórias sem ser encarniçamento terapêutico aspirando a pessoa até a exaustão e sem lhe trazer mais sofrimento do que benefício, mas pesando entre a pessoa estar encharcada em secreções que não consegue ventilar [...] vou ter de aplicar técnicas [...] que vão permitir passar melhor a noite e mesmo que seja para terminar o seu processo de vida naquele momento, mas será o mais tranquilo possível.” EP2</p> <p>“[...] estamos a induzir expectativas numa pessoa que podem não ser realistas, temos de ter o cuidado quando realizamos esse procedimento e explicar a família as circunstâncias em que vamos retirar e suspender alimentação, etc...[...] é uma das principais intervenções e os fisioterapeutas que trabalham connosco a mais tempo estão muito preparados para ajudar a gerir as expectativas do doente.” EP5</p>

<p>Gestão dos cuidados</p> <p>(nota: refere-se a competências comuns enfermeiros especialistas)</p>	<p>“[...] as vezes os colegas necessitam de orientação, também é necessário.” EL4</p> <p>“[...] tenho como intervir na equipa dizendo que a pessoa beneficia mais disto ou aquilo ou que esta pessoa gosta mais de estar virada para a janela no por sol [...]” EP2</p> <p>“[...] ensino aos nossos pares de estratégias para cuidar dos doentes e isso é fundamental, por exemplo na abordagem de um doente com AVC [...] nota-se frutos no dia a dia, porque os colegas, os doentes e as famílias respeitam e veem ganhos nessas intervenções.” EP5</p> <p>“Uma intervenção importante no contexto da equipa, nós aqui intervimos muito na equipa, principalmente junto dos enfermeiros generalistas, apesar de todos terem formação em cuidados paliativos, instrui-los sobre as intervenções que nós EEER fazemos, mas que eles podem fazer de modo a existir uma continuidade de cuidados.” EP6</p>
<p>Cuidar pessoas com necessidades especiais</p> <p>(nota: refere-se a competências específicas enfermeiros especialistas reabilitação)</p>	<p>“Cinesiterapia respiratória para melhorar o padrão respiratório para diminuir o desconforto e a sensação de dificuldade respiratória” EL1</p> <p>“[...] mobilização articular, massagem e cinesiterapia respiratória, são intervenções que para mim são promotoras de conforto do doente que está aos meus cuidados.” EL2</p> <p>“[...] o levante e o posicionamento terapêutico são indispensáveis, bem como as mobilizações articulares para evitar o risco de imobilidade e rigidez articular. Ainda a cinesiterapia respiratória para não haver secreções a perturbar a sua normal respiração, treino de deglutição para o caso de existir disfagias e uma massagem terapêutica acompanhada de musicoterapia poderá ajudar através do toque e relaxamento.” EL3</p>

	<p>“Cinesiterapia respiratória, massagens de conforto, técnicas de correto posicionamento...” EL4</p> <p>“Mobilizações osteoarticulares e cinesiterapia respiratória.” EL5</p> <p>“[...] massagem terapêutica, cinesiterapia, mobilizações ativas, passivas... ahhh!!!... portanto tudo isso, posicionamentos no doente com AVC por exemplo posicionamentos antiespásticos, são tudo intervenções que vão proporcionar algum conforto [...]” EL6</p> <p>“[...] pegando nas competências do EEER, intervenções motoras, respiratórias, cognitivas, da sexualidade [...]” EP2</p> <p>“[...] na reabilitação a parte respiratória sem duvida posicionar o doente para ter um maior alcance em termos respiratórios, [...] aspirar se for necessário para não haver acúmulo de secreção, deixando a pessoa mais confortável [...]” EP2</p> <p>“As que me saem assim à primeira... que considero mais importantes, serão as cardiorrespiratórias e sensoriais [...] pois estas permitem me dar bem-estar e conforto à pessoa.” EP2</p> <p>“[...] o objetivo não é reabilitar, mas mantê-la [a pessoa] funcional nas incapacidades que tem [...]” EP2</p> <p>“[...] posicionamentos antiálgicos, cinesiterapia respiratória, reeducação dos autocuidados para criar um pouco de autonomia e massagem terapêutica.” EP3</p> <p>“As intervenções do enfermeiro especialista em reabilitação que considero que proporcionam conforto ao doente são: massagem de relaxamento, posicionamento antiálgico, administração de terapêutica tópica que causa menos desconforto, cinesiterapia respiratória modificada [...]” EP4</p> <p>“Treino de equilíbrio, levante, posicionamento, reeducação funcional respiratória, treino de deglutição, agora tudo tem de ser adaptado.” EP5</p>
--	---

	<p>“[...] portanto uma das intervenções é avaliar as expectativas do doente e adequar os cuidados as suas capacidades.” EP5</p> <p>“[...] intervenções ao nível da mobilização, são as mais evidentes no controlo da dor associado à imobilidade, é algo com que nos deparamos diariamente apesar de existir um controlo farmacológico que permite diminuir essa dor, a capacidade funcional da pessoa vai diminuindo nesta fase da vida e nos proporcionamos intervenções como sendo, as mobilizações articulares [...] massagem terapêutica, a nível físico notamos melhorias de sintomas, nomeadamente da dor, e isso dá conforto ao doente.” EP6</p>
<p>Capacitar a pessoa com limitação da atividade e/ou restrição da participação</p> <p>(nota: refere-se a competências específicas enfermeiros especialistas reabilitação)</p>	<p>“[...] exemplos, do tipo de mobilizações que podemos ensinar as famílias a fazer, mobilizações no leito, tipos de posicionamentos.” EP5</p> <p>“[...] instruímos a própria pessoa na forma adequada a mobilizar –se no leito, fazer o seu próprio levantar ainda que com alguma ajuda, instruímos o cuidador, para o englobar nos cuidados [...]” EP6</p> <p>“[...] instruir o doente e a família com o uso de estratégias compensadoras, imaginando uma disfagia para líquidos com o uso de espessante e uma boa postura bem sentado, adaptação da consistência da alimentação, por exemplo.” EP6</p> <p>“A nível da eliminação por exemplo, a questão da incontinência e os recursos disponíveis que podem ser utilizados, o promover um horário certo ao longo do dia para ir a casa de banho diminuindo a ansiedade pela incontinência.” EP6</p> <p>“[...] coisas tão simples como instruir o doente e família no entrar e sair de um automóvel é algo que fazemos e permite ter o doente e que felizmente muitos dos</p>

	nossos doentes têm alta para casa, e isso permite-lhes alguma vida social e isso permite alguma autonomia não ficando isolados no seu meio.” EP6
<p>Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</p> <p>(nota: refere-se a competências específicas enfermeiros especialistas reabilitação)</p>	<p>“[...] permite que o utente [...] não perca as capacidades que possui naquele momento.” EL5</p> <p>“[...] o treino de AVD’S para proporcionar independência e alguma autonomia, e cinesiterapia respiratória para melhorar o padrão respiratório para diminuir o desconforto e a sensação de dificuldade respiratória.” EL1</p> <p>“Sobretudo as intervenções relacionadas com o autocuidado.” EP1</p> <p>“Pode ser um simples levantar, ensinar métodos de conservação de energia para que o doente consiga dar passos e levantar-se sem se cansar tanto, a reabilitação funcional respiratória [...] para aumentar a tolerância ao esforço [...]” EP5</p>
<p>De acordo com os valores, crenças e desejos do doente</p> <p>(nota: ancorado na definição de pessoa nos padrões de qualidade/conceito de pessoa)</p>	<p>“A prioridade das intervenções é adequada ao doente em causa no momento e de acordo com os objetivos do doente. Seja um simples levantar para cadeira para ir ao jardim ver o sol, seja um posicionamento adequado para conseguir ver o noticiário [...]” EL2</p> <p>“Considero toda e qualquer intervenção prioritária de acordo com as [...] expetativas que o cliente tem [...] nunca posso esquecer qual a expectativa que o cliente tem em relação à reabilitação, qual é a vontade que ele tem, porque estes doentes tem desejos e vontades, são doentes com algumas limitações e por exemplo pode querer chegar até à janela para ir ver a rua, pode querer passear num jardim, primeiro que tudo levá-lo a passear numa cadeira de rodas, ajuda-lo a transferir para uma cadeira de rodas, ou levá-lo até uma janela do que propriamente automatizar os planos de cuidados. Devemos assumir o que o doente quer acima de tudo, porque a parte emocional é muito importante, se eles não estiverem bem emocionalmente e motivados o</p>

	<p>nosso trabalho não vai ter um efeito positivo no seu conforto.” EL6</p> <p>“[...] considero prioritário perceber a vontade [...] do doente para traçar o meu foco de atuação [...]” EP1</p> <p>“[...] passa as vezes por uma massagem com um creme que a pessoa gosta, por um toque com um cheiro específico, não só por ser bom para a pele, mas porque tem determinada fragância [...], sem duvida que são as que eu mais valorizo.” EP2</p> <p>“Considero que as prioridades devem ser estabelecidas pelo doente, conforme as suas expectativas e os seus desejos.” EP4</p> <p>“[...] o que tem de ser valorizado aqui é que as intervenções sejam adaptadas ao doente, à condição do doente e ao tempo de vida do doente [...]” EP5</p> <p>“[...] validar com o doente aquilo que ele é capaz de fazer, porque o sentimento de inutilidade nestas pessoas com tantas perdas é tão grande que tudo aquilo que pudermos valorizar e aproveitar das suas capacidades é fundamental [...]” EP5</p> <p>“[...] as minhas prioridades são as prioridades do doente [...] eu falo com o doente da priorização de intervenção, o que denoto é que normalmente são mais valorizadas as de carácter físico, aquelas que proporcionam um bom controlo sintomático [...]” EP6</p>
<p>Condição de saúde: processo respiratório comprometido</p>	<p>“[...] é a Reabilitação respiratória, através de posicionamento, cinesiterapia respiratória, terapia postural e dissociação de tempos respiratórios, basta isto para ser observada uma melhoria significativa.” EL1</p> <p>“[...] e a cinesiterapia [respiratória] são prioridade [...]” EL3</p> <p>“Dentro da nossa unidade e pelo que eu já observei a intervenção prioritária é a cinesiterapia respiratória! [...] uma correta cinesiterapia é uma intervenção prioritária [...]. E é isso!” EL4</p>

	<p>“A cinesiterapia respiratória, pois neste tipo de internamento existem outros profissionais que trabalham a função motora [...] a nossa intervenção se demonstra uma mais-valia o que se repercute, pelo menos nesta unidade, com uma baixa taxa de incidência de infeções respiratórias.” EL5</p> <p>“[...] por exemplo num doente respiratório vou considerar prioritário a cinesiterapia respiratória, num doente com comprometimento do sistema respiratório, como por exemplo uma pneumonia da comunidade com secreções, muitas secreções, atelectasias, será trabalhar a parte respiratória.” EL6</p> <p>“[...] melhoria do padrão respiratório [...] EP1</p> <p>“[...] as intervenções do foro cardiorrespiratório, adaptadas [...]” EP2</p> <p>“[...] considero a cinesiterapia respiratória [...] a minha prioridade.” EP3</p> <p>“[...] habitualmente considero mais prioritário realizar cinesiterapia respiratória para aumento da capacidade pulmonar e melhoria do padrão respiratório [...]” EP4</p> <p>“[...] doentes do foro respiratório, temos o bolo da neoplasia do pulmão, mas também temos os doentes que por contexto de disfagia, tem infeções respiratória e nestes doentes prioriza-se a cinesiterapia respiratória no sentido de lhes melhorar a capacidade respiratória [...]” EP6</p>
<p>Condição de saúde: processo neuromusculoesquelético comprometido</p>	<p>“A mobilização articular, o posicionamento [...] são prioridade [...] EL3</p> <p>“Se for um doente neurológico com problemas a nível motor, sejam hemiparesias, hemiplegias, aí darei mais importância à parte motora.” EL6</p> <p>“Atendendo à individualização dos cuidados, devemos estar atentos aos casos de mobilização diminuída, a potencial formação de úlceras de pressão, astenia,</p>

	<p>ocorrência de quedas, (...) reforçando intervenções neste sentido.” EP1</p> <p>“A motora, obvio, evitar situações de espasticidade, anquiloses, encurtamentos musculares, alterações articulares graves que dão desconforto.” EP2</p> <p>“[...] considero mais prioritário [...] posicionamento de conforto e massagem terapêutica.” EP4</p> <p>“[...] as intervenções prioritárias têm de ser avaliadas doente a doente, [...] a deglutição [...] EP5</p>
Condição de saúde: dor	<p>“[...] considero o posicionamento antiálgico a minha prioridade.” EP3</p> <p>“[...] um doente com dor, sendo um dos sintomas mais relevantes [...] o posicionamento ideal para o doente não é o posicionamento antispástico para prevenir a espasticidade, mas sim o mais confortável para o doente, descobrindo o posicionamento mais adequado no leito e mesmo no cadeirão [...]” EP6</p>
Condição de saúde: sono/repouso comprometido	<p>“[...] otimização do padrão de sono e promoção de descanso/relaxamento.” EP1</p>
Condição de saúde: estímulo sensorial	<p>“A sensorial também faz todo o sentido, temos a parte auditiva e visual, temos de estimular [...]” EP2</p>
Dependência para o autocuidado	<p>“[...] na prática geralmente surgem necessidades de intervenção relacionadas com os autocuidados (alimentação, uso do sanitário...)” EP1</p> <p>“[...] o levante a realização dos cuidados de higiene no wc, o tentar ajudar no autocuidado de modo a ser mais autónomo possível, a mobilização no leito.” EP5</p>